

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究

著者	宮崎 史子
学位名	博士（看護学）
学位授与機関	武蔵野大学
学位授与年度	2015年度
学位授与番号	32680甲第30号
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000199/

平成 28 年 3 月 7 日

平成 27 年度 武蔵野大学大学院看護学研究科
研究論文（博士論文）

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究

Development of Adolescent Resilience Model within Inpatients with Chronic Disease

学籍番号：1380004

氏 名：宮崎 史子

指導教員：草場 ヒフミ 教授

要 旨

慢性疾患で入院中の思春期患児は、治療を受け入れ、日常的に行われていた社会生活を中断し、入院生活に適応していくことが求められる。さらに、健康状況が安定した後は家庭や学校生活の中で治療や療養を継続することになる。その状況の中で、患児自身が持つ力を十分に発揮しながら主体的で前向きに生活し、健やかに成長発達をするように支えることは看護にとって重要である。健康の概念を前向きな視点で捉えたものとして、レジリエンス (resilience) があり、人がトラウマや脅威やストレスなどによる逆境に遭遇したときにうまく適応するプロセスと定義されている。今回、患児が病気や入院といったストレスなどの逆境に遭遇したときに、うまく適応していくための看護にレジリエンスの視点をを用いることは、有効であると考え、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの開発を行った。

本研究の目的は、第一に、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築する、第二に、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をケーススタディリサーチ法により検証し、新モデルを開発し、思春期患児のレジリエンス促進のケアプログラムを提示することである。

第一の「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の構築では、まず、日本の子どものレジリエンスに関する文献検討を行い、子どものレジリエンスの概念の属性、先行要件、結果を明らかにし、慢性疾患で入院中の思春期患児に適応できることを確認した。次に、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに関連する文献検討、既存のレジリエンスモデルの検討を行い、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに影響する要因やレジリエンスを促進する要因を明らかにし、病気・入院関連のリスク、家族の防御、社会的防御、個人のリスク、個人的防御、結果の6つの要因からなる「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築した。

第二に「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を理論的枠組みとして設定し、Yin のケーススタディリサーチ法を用いて、仮設検証型の複数ケーススタディにより「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の開発を行った。慢性疾患で入院中の思春期患児の5事例のケーススタディを行い、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスの構成要因、構成要因の要素、要因間の関係を明らかにし、検証の結果をもとに新モデルを開発した。さらに、開発した新モデルを用いて、思春期患児のレジリエンス促進にむけてのケアプログラムを提示した。

「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、慢性疾患で入院している思春期患児が、病気や入院によるリスクを体験する状況下で、人との関係を調整しながら家族や社会からのサポートを取り込み、問題を解決していく、能力、過程、結果を示

しており、6つの要因で構成されている。慢性疾患や入院という状況により患児が認識するリスクである『病気・入院関連のリスク要因』、その慢性疾患や入院のリスク要因の影響を受けておきる患児の体験の『個人のリスク要因』、患児が問題に取り組むときに活用する家族のサポートの『家族の防御要因』、友人や教師、入院中の仲間やヘルスケアリソースの『社会的防御要因』、そして『病気・入院関連のリスク』や『個人のリスク』がある状況を乗り越えるために働く『個人的防御要因』、レジリエンスが機能した結果であるセルフケアの獲得や帰属意識の継続の『結果要因』である。また、各要因間には、促進あるいは抑制に影響する、あるいは影響を受けるという関連がある。このモデルの特性には、①思春期患児の認知・知覚・思考・感情の主観的な体験を基盤にしている、②思春期患児の前向きな入院中の生活体験の力動的な過程を示している、③思春期患児が所属する家族や社会の人々との相互作用を示している、④レジリエンスの能力、経過、結果を包括的・全体的に示し患児の発達の枠組みをもつ、ということがある。

慢性疾患で入院中の思春期患児のケアプログラムでは、患児の認識に働きかけ、『個人的防御要因』が活発に働きレジリエンスが機能するためのケアを示した。①患児のレジリエンスの評価、②『個人的防御』が発動され活発に働くためのケア、③家族のサポートの活用、④社会的サポートの活用、の4点を柱とする。

目 次

I. 序論

1. 研究背景	1
2. 研究意義	2

II. 研究目的

III. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の構築

1. 目的	5
2. 方法	5
3. 文献検討	
1) 日本の子どものレジリエンスに関する研究	6
2) 慢性疾患の思春期患児とレジリエンス	10
3) 慢性疾患患児のレジリエンスモデル	14
4. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」	17

IV. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の検証

1. 目的	24
2. 研究方法	
1) 研究デザイン	24
2) 用語の定義	25
3) 研究フィールドと研究参加者	25
4) データとデータ収集方法	29
5) 分析方法	30
6) 研究の質の確保	33
7) 倫理的配慮	33

3. 結果	
1) ケースの概要	37
2) ケース毎の結果レポート	
(1) 【ケース A】 のレポート	38
(2) 【ケース B】 のレポート	46
(3) 【ケース C】 のレポート	55
(4) 【ケース D】 のレポート	63
(5) 【ケース E】 のレポート	71
3) ケース間の結論の導出	80
4. 考察	95
 V. 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の提示と ケアプログラムの提示	
1. 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の提示	106
2. ケアプログラムの提示	112
 VI. 考察	116
 VII. 結論	121
 VIII. 研究の限界	123
 IX. 今後の課題	124
 謝辞	125
 文献	126

図

図 1 「子どものレジリエンス」の先行要件、属性、結果	134
図 2 Haase の「Adolescent Resilience Model」	135
図 3 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」	136
図 4 ケーススタディの方法	137
図 5 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」	138

表

表 1 家族の防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連	139
表 2 社会的防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連	140

資料

- 資料 1 インタビューガイド
- 資料 2 研究協力のお願ひ文書（病院長/看護部長）
- 資料 3 研究協力承諾書
- 資料 4 研究協力のお願ひ文書（看護師長）
- 資料 5 研究協力のお願ひ文書（主治医）
- 資料 6 研究参加のお願ひ文書（患児）
- 資料 7 患児の研究参加へのお願ひ文書（代諾者）
- 資料 8 研究参加同意書（患児）
- 資料 9 研究参加断り書（患児）
- 資料 10 研究参加のお願ひ文書（患児の親）
- 資料 11 研究参加のお願ひ文書（患児のプライマリーナース）
- 資料 12 研究参加同意書（患児の親、患児のプライマリーナース）
- 資料 13 研究参加断り書（患児の親、患児のプライマリーナース）
- 資料 14 患児の研究参加同意書（代諾者）

I．序　論

1．研究背景

今日、わが国では小児慢性疾患を抱え生活を送っている子どもは10万人を超える（平成22年度厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ）。小児の慢性疾患には小児がんをはじめとする悪性疾患、腎・呼吸・心疾患・消化器・内分泌・神経筋疾患などと多岐の分野にわたるため慢性的な経過も一様ではない。慢性疾患患児が入院する割合は一般の子どもの5倍近くで、平均入院期間も50日以上であり長い場合には3か月以上に及ぶことも稀ではない（平成20、22年患者調査　厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ）。このような状況の中、慢性疾患患児は、病気や入院により、長期間に渡って生命を脅かされ、病気や治療・検査・処置による苦痛、生活や活動の制限、ボディイメージの変化、家族・友人・社会からの分離といった困難に直面する。

子どもの成長発達はその年齢により区分されているが、思春期は子どもから大人の移行期で人生の中で身体的・精神的・社会的に大きく変化がみられ、身体像の動揺、めざめ感と自己中心性、心理的親子分離と孤独といった心理社会的な特徴があり不安定な時期である（服部，2000）。思春期の慢性疾患患児は、思春期の特性に加え、病気や入院によるストレスを受けることになる。慢性疾患の思春期患児の抱える問題は、深刻であり、丸（2007）は社会生活の維持困難、自殺のリスクが高くなるなどの精神的問題の出現と支援する医療の現状の不足を指摘している。しかし、その一方で、病気やそれによる入院という日常の生活環境と比較すると決して恵まれているとはいえない厳しい状況の中でも、自分の体調やその場の状況に合わせ、工夫しながら遊び、学び、友達をつくり、人としての優しさや思いやりを育むといった前向きに主体的に生活を送る子ども達も多い。前田

（2013）は、思春期に発症した小児がんの患児の入院体験についての研究から、思春期という自我同一性の確立の時期にありながら将来に対する絶望や悲嘆がある一方で、自らの意思や周囲の支えにより、前向きに治療に参加するという能動的な行動があることを指摘している。

健康の概念を前向きな視点で捉えたものとして、レジリエンス（resilience）があり、人がトラウマや脅威やストレスなどによる逆境に遭遇したときにうまく適応するプロセスと定義されている（American Psychological Association, 2008）。レジリエンスという概念

が使用されるようになったのは 1970 年代頃からである。レジリエンスの概念は、安寧な生活を送る上でのリスク要因を探究する際、副産物として見出された。人が非常にストレスのかかる状況に直面し困難を抱えながらもうまくやっていける、困難を乗り越えて生きる前向きな能力、過程、結果である現象に着目している。

慢性疾患で入院中の思春期患児は、心理的親子分離や自立や孤独という心理社会的に大きな課題がある思春期に慢性疾患を発症し、これまで体験したことのない環境の中で集中的な治療を受け、療養生活に取り組むことを求められる。患児がこの 2 重の課題を前向きに取り組み、成長発達の機会とするよう、健康の回復や安定を促すとともに、家庭や学校で生活を視野にいれて立ち直りをはかり、療養行動の自立や学校などの社会生活に適応していくための支援が必要となる。

今回、健康の概念を前向きな視点で捉えたレジリエンスに注目し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスの構成概念、概念間の関連、過程を明らかにし、看護介入のための慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発する。

2. 研究意義

慢性疾患で入院中の思春期患児への看護の役割は、その状況の中で、患児自身が持てる力を十分に発揮し、健やかに成長発達をすることを支え働きかけることである。患児が、長い入院生活の中で生じる様々な逆境による困難を乗り越えながら、前向きに主体的に生活ができるよう支えることは、慢性的に経過する疾患と付き合いながら生きていく思春期の患児の看護の根幹となる。

発病あるいは再発などにより入院治療にいたる状況において、思春期児は治療を受け入れ、日常的に行われていた社会生活を中断し、入院生活に適応していくことを求められる。健康が安定した後は、家庭や学校生活の中で治療や療養を継続することになる。家庭や社会生活の中で、子どもは発達の危機を乗り越えることや、日常生活と療養行動を調和し両立するために、工夫しながら生活を組み立てている（中野，1994；丸田，野間口，草場，2014）。思春期は周囲との相互関係の中で自己を確立し、自立へ向かう時期であるが、慢性疾患の発症や入院という中で、周囲との相互関係が断たれ、自分を理解する、受け入れる、認めることができない状況が続くことは、入院中のみでなく、家庭や学校生活の中で治療や療養の継続を困難にし、今後の人生に大きく影響を与えることが考えられる。

本研究は、慢性疾患で入院中の思春期患児が病気や入院というストレスの多い中でも、前向きに主体的に生活ができ成長発達を支援できるよう、ポジティブ（前向き）な健康概念であるレジリエンスに視点をあてて、文献検討から「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を開発する。慢性疾患で入院している思春期患児に起きているレジリエンスの現象を明らかにすることを通して、開発したモデルの構成概念を検討し、モデルを検証する。さらに「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をベースとして、看護プログラムを提示する。

「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスを促進するための看護介入モデルである。がんの青年期の患者のレジリエンスモデル（Haase, 2004）は開発されているが、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は入院中の日本の子どもを対象としている。慢性疾患で入院する思春期患児は、日本と欧米を比較すると入院期間も長く、それによって、家族や友人や社会から分離することになり、入院生活による子どものストレスは欧米とは異なる。さらに、子どもの病気や入院について自己決定の親の認識や、親の関与の度合いも異なるため、日本で生活を送る慢性疾患で入院中の思春期患児の看護を検討する上で、日本の子どもを対象とする「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」が必要である。健康の概念を前向きな視点で捉えるレジリエンスは有効である。レジリエンスモデルの枠組みは個人であるその人を個、家族、社会という生態学的枠組みで捉えることにより、相互の関係を含めた全体としてみるのが可能である。慢性疾患思春期患児の入院生活への適応や精神的に不安定な状況からの回復にむけてのレジリエンスを促進するためのモデルを開発することは、逆境を乗り越えて成長発達し退院後も、セルフケア能力を発揮し慢性疾患とともに生活を送る子どもの QOL（quality of life）を豊かにすることに有効である。

これまでの入院中の子どもの看護の研究は、乳幼児を対象にしたものが多く、またその内容は、病気や治療による苦痛の緩和や入院の適応といったものであったが、本研究は、思春期の患児を対象に、身体・精神・社会的側面を統合して捉え、社会や家族との相互関係に視点を向け、患児のもつ回復や適応する力に働きかける看護プログラムを提示する。これは、新たな看護の理論的根拠を得て、看護の質を高めることになると思う。

Ⅱ．研究目的

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスを促進するためにモデルを開発し、ケアプログラムを提示する。

- 1．慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス促進のためのモデル「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築する。
- 2．「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をケーススタディリサーチ法を用いて検証し、新モデルを開発し、思春期患児のレジリエンス促進のケアプログラムを提示する。

Ⅲ. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の構築

1. 目的

既存の文献や情報を研究資料として、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築する。

2. 方法

1) 日本の子どものレジリエンスに関する文献の検討

日本の子どものレジリエンスに関しての文献検討を行い、日本の「子どものレジリエンス」の概念の属性、先行要件、結果を明らかにし、慢性疾患で入院中の思春期患児に適応できるかを検討する。

2) 慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに関連する文献の検討

レジリエンスを促進する看護介入モデルを開発するためにレジリエンスに影響する要因やレジリエンスを促進する要因について、思春期にある慢性疾患患児のレジリエンスや日本における思春期児の入院生活や環境に関連する文献を検討する。

3) 既存のレジリエンス概念モデルの検討

既存の病気の子どものレジリエンス概念モデルについて、概観する。

4) モデルの構築

日本の子どものレジリエンスに関する文献の検討を行い、日本の子どものレジリエンスの概念の属性、先行要件、結果を明らかにし、慢性疾患で入院中の思春期患児に適応できるかを検討し、文献検討によって明らかになった慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスを構成する防御要因、リスク要因、結果要因に関連した考察結果を用いて、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の構成概念や概念間の関係について再定義する。

3. 文献検討

1) 日本の子どものレジリエンスに関する研究

レジリエンスの概念は、1970年代より欧米で心理学をはじめとし社会学、医学などで用いられるようになり、その後、看護学でも活用されるようになっていく。レジリエンスは、リスクのある子どもの研究過程で生みだされた概念である。リスクの高い状況に直面しても、前向きで生産的で親密な他者関係を広げていく子どもがいることが注目され、リスクの影響を病理学的な結果だけでなく、心理学、社会学的には良好な結果をもたらすことに焦点が当てられるようになった (Fraser, 2004, p.30)。レジリエンスは、リスクに直面した子どものストレス研究の過程で生みだされた健康を前向きな視点で捉えた概念である。初期のレジリエンス研究者である Rutter (1985) は、ストレスに対する防御に影響する反応の一つとみなし、「深刻な結果をもたらす危険な経験にもかかわらず、比較的良好な結果をもたらす現象」と定義している。その後 Garmezy (1990) は、「困難で脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程、能力、あるいは結果」とし、適応にむかうための個人の能力を発揮するあるいは促進する過程やそのことによってえられた結果も含めて定義した。更に、Grothberg (2003) は、レジリエンスとしての個人の能力を、「逆境に直面した時にそれを克服し、その経験によって強化され変容される普遍的な個人のもつ適応力」と明確に示した。

日本の子どものレジリエンスに関する研究は、主に心理学、看護学、医学の分野においてなされ、レジリエンスの要素(属性、防御要因)の特定(服部他, 2013; 原, 古田, 2012; 菱田他, 2012; 原, 古田, 村松, 2011; 菱田他, 2011; 金井, 内田, 2005)、尺度の開発(長尾, 柴崎, 山崎, 2008; 高辻, 2002; 石毛, 無藤, 2005; 小花和, 1999)、構造とプロセスの検討が行われている。しかし、病気の子どもの対象とした研究は少なく、さらに米国の子どもの対象として作成された尺度が用いられ、レジリエンスの構造や属性に関する基礎的検討は見当たらない。これまでに、米国の子どものレジリエンスの概念分析はいくつか散見するが、先行要件の一致はみられるが、属性や帰結については異なる部分があり、特に属性に関してはストレス・コーピング、自尊感情や自己効力感などと捉え方は様々である (Ramirez, 2007; Ahern, 2006; Dia, Dinapoli.Garcia, Jakubowski, OF laherty, 2013)。

宮崎 (2016) は、日本の「子どものレジリエンス」の概念分析を行い、その結果、属性

には【良好な他者関係づくり】、【前向きな未来志向】、【根気強さ】、【自己肯定】、【問題解決志向】、【ソーシャルサポート】、先行要件には【精神的な健康を引き起こす状況】、帰結には【回復】【適応】が抽出されている。そして、6つの属性がそれぞれに子どもが精神的な健康を引き起こされた状況において、不健康を引き起こすリスクの影響の軽減、リスクとその結果との関係の緩和、自己肯定の促進などに作用し、子どもの適応や回復の促進をすることであるとしている。慢性疾患の患児は病気に関連した様々な困難に遭遇しながらも、環境への適応や、精神的に不安定な状況からの回復に向けて取り組む過程をたどることがあり、日本の子どものレジリエンスを患児に適用することは可能であることを明らかにした。

以下に、明らかにされた属性、先行要件、結果の構成要素（図1）、「子どものレジリエンス」の定義を示す（宮崎，2016）。

（1）「子どものレジリエンス」の属性

子どものレジリエンスの属性として、『良好な他者関係づくり』『前向きな未来志向』『根気強さ』『自己肯定』『問題解決志向』『ソーシャルサポート』の6つが抽出された。これら6つの属性は、いずれも一時的に完結するものではなく時間的経過が存在し、その長さは個人やその属性の性質によって異なる。

『良好な他者関係づくり』とは、他者との感情、思考、行動におけるやり取りがあり、お互いの存在を認め、尊重しあえるということである。良好な他者との関係を築くための要因には、自分から他者に近づくことや親しくなろうとする姿勢を根底に、他者を理解し共感すること（平野，2011；長尾，柴崎，山崎，2008；高辻，2002）、それらを思いやる、助ける、気づかう、配慮する、親切にするという認識や行動として表すこと（富永他，2009；仁尾，2008b）が含まれる。病気や入院、新たな学校生活などによって状況や環境が変化すると、学童・思春期児は新たな生活環境への適応のために、家族や友人など既に存在している関係の再構築、医療者や教師などの初めて出会う人々との関係の構築が始まる。仁尾，藤原（2006）は、先天性疾患をもつ思春期の患児が、病気の自分を理解し支えてくれる周囲の人々がいることを認識し、関係をうまく調整し関係を円滑にしていくことは、生命に直結した病気をもちながら困難を乗り越え、自己管理ができるという自立した生活を送る上で基盤となり重要であると述べている。学童期・思春期は、学校を中心とした集団社会で、正直であることや約

束を守るといった規範意識を働かせ、積極的に自己表現を行い、コミュニケーション能力を発揮することを通して、友人関係を構築していく（富永他 2009；仁尾, 2008b；高辻, 2002）。

『前向きな未来志向』については、「将来に向けての漠然とした夢や希望」「具体的な目標、挑戦的・意欲的な取り組み」「前向きな思考」の3つの要素がある。これからの自分自身の将来における夢や希望をもつことや具体的な自分なりの目標が存在し、それらの夢や希望がかなうことや目標が達成できることを目指して、達成したい事柄の実現にむけて挑戦的に意欲的に進もうとすることが抽出された。漠然とした希望には、思春期では、「あんなふうになりたいなあと思う人がいる」（長田他, 2006）というような、周囲のだれかに憧れや希望を抱くということがあり、夢や希望、具体的な目標をもつことに、周囲の人の影響を受ける。仁尾, 藤原（2006）は、将来に対して夢をもち、物事に対して、憶病になったり後ずさりしたりすることなく、興味や関心をもち、どのようなことにたいしても向上心をもって積極的に挑戦的に取り組む姿勢や態度があることを示している。また「前向きな思考」には楽観的な要素があるが、菱田他（2011）は、単純に楽天的に何でも物事を捉えるのではなく、考えたり悩んだりした過程をたどった上で、感情や思考の転換ができる楽観的で前向きな態度や思考があるとしている。

『根気強さ』とは、困難や逆境を体験している子どもは、怒りや悲しみといったネガティブな感情があり、それは行動に大きく影響すると考えられるが、落ち着いて状況に応じて慎重に物事に対応し（長尾他, 2008）、物事を根気強く、諦めず、がまん強く継続していくことである（服部他, 2013；長尾他, 2008；小花和, 1999）。服部他（2013）は、思春期の子どもでは「気分で行動が左右されない、自分で感情や行動をコントロールする」としており、『根気強さ』には、怒りや悲しみの感情による引きこもり、耐える、我慢するということではなく、自分で感情や行動の調整をすることがある。

『自己肯定』とは、困難や逆境を体験している自分自身を受け入れ、自分を認めて肯定することである。自分に対する自信や有能感（富永他, 2009；長尾他, 2008；日高, 尾崎, 2007）を認識し、自分を肯定的に捉えることである。さらに、自己の存在をありのままに受け入れることもある。仁尾(2008a；2008b)は、「病気の自分を受け入れようとする、病気の自分はふつうである」という態度や意識があることを示し

ている。自己を肯定的に捉えるためには、石毛、無藤（2005）が示した「自分の行動を見直す、振り返る、反省する」といった自己の客観的な把握が必要となる。

『問題解決能力』には、困難や逆境を体験している子どもの身の回りに起きていることは複雑であり、子どもは多くの問題を抱えることになる。それらの問題の発見や把握に始まり、明確となった問題解決に向けて計画をたて、実行するという一連の過程がある。そして、物事を洞察する力や論理的思考や創造力に加え、問題に取り組もうとする積極的な姿勢や解決に向けて実際に行動にできる実行力といったことを含む統合的な意味がある。これらについては、問題解決能力（金井、内田、2005）、問題解決指向（小花和、1999）や問題解決思考（平野、2011；鳥居、2007）として示されている。問題の発見や把握においては、現実の相対的な理解（三村、力武、2010）や物事の多面的な把握（長田他、2006）が必要となる。さらに、問題を解決するためには、人に助けを求め、相談するということも重要な要素としてある（高辻、2002；石毛、無藤、2005）。

『ソーシャルサポート』とは、困難や逆境を体験している子どもには、取り囲む人々による情緒サポート、個人を取り囲む人々による情報サポート、そして生活環境面でのサポートが挙げられ、そして、それらが有効に機能することである。金井、内田（2005）は、「自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がいる、考えや気持ちをわかってくれる人がいる」などを挙げ、また河上（2009）は、在宅中心静脈栄養療法をしている学童期の子どもには気持ちを支える母親、学校の友人、病棟内でできた友人、医療者の存在があるとし、情緒サポートについて示している。特に情報サポートについては、不登校や病気の子どもには、専門家による子どもへの情報サポートの重要性が指摘されている（Ishibashi 他、2010；河上、2009；日高、尾崎、2007）。

（２）先行要件

「子どものレジリエンス」の先行要件は、『精神的不健康を引き起こす状況』である。子どもが日常的な生活で体験する学校生活を送る中での友人関係がうまくいかないこと（原、古田、2012；原他、2011；長田他、2006；石毛、無藤、2005；高辻、2002；小花和、1999）、いじめを受けること（服部他、2013；菱田他、2012；2011）、学業成績に関すること（金井、内田、2005）などのストレスのかかる状況、非日常な生活では、不登校（鳥居、2007；日高、尾崎、2007）、自分自身が病気になること（Ishibashi

他, 2010 ; 仁尾, 2008a; 2008b ; 仁尾, 藤原, 2006 ; 小林他, 2002)、病気による入院生活や必要な検査処置をうけること (山口他, 2010 ; 河上, 2009)、問題を抱える家族との生活 (三村, 力武, 2010 ; 長江, 土田, 2013) がある。このような状況での生活は、子どもにとってストレスとなり「強い不安」「精神的混乱」「落ち込み」といった精神的な不健康を引き起こす。

(3) 結果

個人の精神的に不安定な状態を引き起こした状況からの立ち直り、あるいはそれらの状況を乗り越える『回復』(服部他, 2013 ; 長江, 土田, 2013 ; 原, 古田, 2012 ; 菱田他, 2012 ; 山口他, 2010 ; 三村, 力武, 2010 ; 日高, 尾崎, 2007)、人が社会制度や組織の中で適切な人間関係と心理的安定を保ちながら、周囲の環境に適応して生活を送る『適応』(原他, 2011 ; 河上, 2009 ; 長尾他, 2008 ; 仁尾, 藤原, 2006 ; 石毛, 無藤, 2005 ; 金井, 内田, 2005 ; 高辻, 2002) が、抽出された。

(4) 「子どものレジリエンス」の定義

「子どものレジリエンス」とは、精神的な不健康を引き起こす状況に遭遇しながらも、周囲の人々と良好な人間関係を築き、自分を理解し受け入れ認めるという自己肯定という認識のもと、前向きな未来志向をもち、問題解決能力や根気強さを発揮しソーシャルサポートを得て、精神的に不健康な状況から立ち直り、乗り越えて回復し、心理的安定性を保ちながら環境に適応していく力動的なプロセスである。

2) 慢性疾患の思春期患児とレジリエンス

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発する目的で、第1に慢性疾患の患児とレジリエンスとして、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに影響を及ぼす要因やレジリエンスとの関連について文献検討する。第2に慢性疾患の思春期患児と入院生活とし、慢性疾患で入院生活を送ることが思春期患児に及ぼす影響や支援との関連について文献検討する。

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発する目的で、第1に慢性疾患の患児とレジリエンスとして、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに影響を及ぼす要因や

レジリエンスとの関連について文献検討する。第2に慢性疾患の思春期患児と入院生活とし、慢性疾患で入院生活を送ることが思春期患児に及ぼす影響や支援との関連について文献検討する。

国内外の慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに関する研究を CINAHL、Pubmed、医学中央雑誌を用いて検索し、患児の家族、成人期の患者、医療従事者を対象としたもの、また英語や日本語以外で発表されたものを除いた文献 21 件、そして青年期のがん患者のレジリエンスの看護介入モデル開発 (Haase, 2004) の文献 1 件を加えて、文献 22 件を対象に検討した。対象文献を概観すると、研究の対象疾患は、小児がん、再生不良性貧血、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、I 型糖尿病、先天性心疾患であり、慢性疾患の症状、治療、およびそれらに伴う生活をレジリエンス概念における逆境あるいはリスクとして捉えていた。慢性疾患の具体的研究の目的に視点をおくと、慢性疾患の患児のレジリエンスの促進に影響する要因に関するものと、慢性疾患の患児のレジリエンスの促進にむけての介入に関連するものとに大別できる。

(1) 慢性疾患の思春期患児のレジリエンスを促進する要因と影響する要因

Haase(2004) は開発した青年期のがん患者のレジリエンス看護介入モデル Adolescent Resilience Model (ARM) において、レジリエンスを促進する要因として、自信、がん経験の自己超越性、自尊心を示している。自信は、自分や出来事をコントロールできるという感覚、がん経験の自己超越性とは、内省や他者への気遣いを通して現在を強化する感覚、自尊心とは自分に対するポジティブあるいはネガティブな態度である。

仁尾、石河 (2006) は、10 歳から 24 歳の先天性心疾患をもつ患児のレジリエンについて、子どもの体験から検討している。フォーカスグループインタビューデータを帰納的に分析し、病気をもち自分を受け入れる、病気に甘えないで頑張る、将来に希望をもつ、病気のおかげでよい体験ができたと思える、前向きな性格である、病気をもち自分を支えてくれる友達がいる、病気をもち自分を支えてくれる家族がいる、病気をもち自分をささえてくれる社会がある、自分で病気の管理ができる、人間関係をうまく調整することができる、の 10 のカテゴリーを抽出している。

Kim らは、3 要因 (intrapersonal、coping、interpersonal) 32 項目よりなる思春期の慢性疾患のレジリエンス尺度を作成し (Kim, 2002)、韓国の慢性疾患をもつ思

春期児のレジリエンスに関する一連の研究を行っている。小児がん患児 74 名を対象とした研究では、病気特性、FACESIII (Family Adaptability and Cohesion Scale)、友達や教師との関係を検討し、家族の機能と友達との良好な関係の 2 つのレジリエンス促進要因を特定している (Kim, Yoo, 2010)。同様の方法を用いた、小児アトピー性皮膚炎の治療継続中の患児 102 名を対象とした研究では、患児の背景、病気特性、親の養育行動 (Childrearing Behavior Questionnaire) との関連を検討し、罹患期間と友達との相互関係の 2 つの要因が特定され、罹患期間は負の関係、良好な友達関係は正の関係が見出された (Yeo, Kim, 2012)。

また、アトピー性皮膚炎患児の問題行動とレジリエンスに関連が認められ、レジリエンスの高い患児に問題行動が少ない傾向を示している (Kim, Yeo, 2014)。小林, 松原, 平賀, 原, 浜本, 上田 (2002) は、血液・腫瘍疾患患児のレジリエンス促進要因として、両親との関わりの強さを取り上げている。入院 (あるいは外来通院) の 6 歳から 25 歳の 29 名を対象に、Grotberg (1995) の 3 つの要素「I have、I am、I can」を参考に作成した質問紙でレジリエンスを測定し、両親との関わりはレジリエンスの促進に影響するという結果がえられている。尚、対人関係においては、先天性心疾患の思春期児を対象とした研究において、一般中高生よりレジリエンスは高いが、対人関係と問題解決技法に関する要素は低い傾向であったこととする報告がある (仁尾, 2008a ; 2008b)。

これらの研究結果は、家族との良好な関係、仲間との良好な関係は、慢性疾患をもつ思春期児のレジリエンスを促進する要因であることを示唆している。仲間との関係の構築は、思春期にある子どもの発達課題であり、強いニーズである。このことから、Jin (2011) は、看護ケアプランに仲間との良好な関係の強化を取り入れる必要があること、そのためには、レジリエンスへの影響という視点から、仲間との良好な関係の意味や役割についての説明の必要性を指摘している。

病気の認知との関連について、仁尾 (2008a ; 2008b) の先天性疾患の 12 歳から 18 歳の患者 534 名を対象にした研究がある。レジリエンス尺度 (森, 清水, 石田, 富永, Hiew, 2001) を用いて病気認知との関連を検討し、病気であることを肯定的・開放的に捉えられることはレジリエンスを促進する要因になっていることを示している。一般中高生との比較では、先天性心疾患患児の方がレジリエンスは高い傾向にあったが、対人関係と問題解決技法に関する要因は低いことが示された。

Ishibashi, Ueda, Kawano, Nakayama, Matsuzaki, Mtsumura (2014) は、Adolescent Resilience Model を理論的枠組みに、小児がんの思春期患児がどのようにレジリエンスを促進させているかを、4 つの過程（認知的不快、気晴らし、認知的安らぎ、個人的能力）として概念化した Self- Sustaining process Model (Hind, 1988) を説明のためのガイドとして用い、日本の 11 歳から 18 歳の 7 名を対象にケーススタディリサーチ法を用いて検討している。最後の段階である個人的能力の構成要素はレジリエント、豊かな資源、適応であり、方略としては治療の受け入れ、症状への適応、問題解決能力として示した。Ishibashi et al (2014) は、Self- Sustaining process Model (Hind, 1988) .思春期がん患児は、この 4 つの過程をたどっていたが、患児自身に直接に病名告知がされていない場合は、personal competence を獲得していないことを明らかにしている。病気の告知については文化的背景が影響しており、レジリエンスの研究や実践において文化的な特徴や相違を考慮する必要性を示唆している。

（2）慢性疾患の思春期患児と入院

患児にとって病気になり入院生活を送る本来の目的は、適切な治療や看護の提供により速やかに病気から回復するとともに、患児のもてる力を十分に発揮し前向きに主体的に生活が送れることである。病気や入院は思春期児に身体的、心理的、社会的に多様な影響をもたらすが、その影響は子どもの特性、疾病の特性や状態、病気療養についての認知的理解、療養環境などによって異なってくる。

慢性疾患による思春期患児のストレスとして、身体的ダメージやボディイメージの変化、食事や活動制限、検査治療による苦痛や不安、友人関係の変化、社会からの隔離、家族からの分離が明らかになっている（渡邊, 2014 ; 前田, 2013 ; 前田, 藤原, 上杉, 杉野, 平田, 2010 ; 渡辺, 細谷, 2004 ; 吉川, 瀧口, 2002）。活動制限や家族・社会からの分離は、入院生活においてより強いストレスとなっている。これらは、慢性疾患で入院中の思春期患児のリスク要因として捉えることができる。このリスクの多い入院生活において、将来に対する漠然とした不安、学習や進路に対する不安、不確かな病気や病状の不安、淋しさや疎外感や孤独感といった心理的状态を示すことが指摘されている。更に、周囲の人に対して攻撃する、不満やわがまをぶつける、治療や処置などを拒否するなどの対処行動の出現がある（渡邊, 2014 ; 渡辺, 細谷, 2004）。

慢性疾患で入院中の思春期患児の援助については、前田, 藤原, 上杉, 杉野, 平田 (2011,

2010) は、専門的な知識や情報の提供、家族の精神面への援助、医療関係者間の連携の必要性を指摘している。また、入院中の思春期患児の人間関係に注目し、入院中の同じ状況にある友だちの存在について、よき理解者であり、共に励まし合い病気に立ち向かいながら入院生活を送る上で重要な存在であり、入院前の友だちでは担うことのできない役割があるとしているが、一方で、入院中は友人関係の維持や発展が困難であること指摘し、友人関係形成のための支援については検討されていない。

入院中の友だち関係について注目すると、前田（2013）は、思春期に小児がんを発症し入院体験のある成人に入院体験についてインタビュー調査を行い、家族や友だちへの支えに対する感謝の思いについて示しているが、友だちの支えの中でも同室者の存在の影響が大きいことを挙げている。また、渡辺、細谷（2004）も慢性疾患で入院中の学童期患児を対象にした研究で、患児が同室の友だちとの関わりの中に喜びや楽しみを見出すという結果が得られている。入院中の友だちは、お互いに同じような状況の中にあって励ましあい、助けあい、治療や病気についての情報交換を行い、その中で、患児は個々に勇気づけられ、がんばって入院生活を送っていることが明らかにされており、友人関係形成に向けての援助は必要不可欠である。さらに、患児が病気や治療を受け入れ、その理解を深め、主体的な入院生活を送れるための援助の必要性を示唆した（渡辺，2014；渡辺，細谷，2004）。

上記のことから生活や入院そのものが思春期患児のレジリエンスに影響する要因としては、予防的要因として捉えることができる。しかし、入院生活を送ることによって生じる制限や社会からの分離や隔離という状況は、思春期患児のレジリエンスに影響する要因としてはリスク要因となる。これは、先に行った「子どものレジリエンス」の概念分析の先行要件である病気になること、病気による入院生活と一致する。

3) 慢性疾患思春期患児のレジリエンスモデル

レジリエンスに関連する一連の要因をモデル化し、レジリエンスの概念モデルの開発が試みられている。以下に慢性疾患思春期患児のレジリエンスモデルに関する文献検討を述べる。

(1) 慢性疾患の思春期患児のレジリエンス概念モデル

Haase は、がん患者のレジリエンス研究を積み重ね、青年期のがん患者のレジリエンスを促進するための介入のため、レジリエンス概念モデルである **Adolescent Resilience Model** (Haase, 2004) を開発した (図 2)。

このモデルでは、生涯発達と体験の意味に基づくモデルという 2 点の哲学的視点を基盤にし、11 の要素からなる青年期のがん患者のレジリエンスの経過、結果、影響要因が包括的に示されている。レジリエンス促進要因として個人、家族、社会の防御要因、レジリエンス促進のリスク要因として病気関連のリスク、個人のリスク要因としている。結果の要因として、レジリエンスと **QOL** としている。個人防御要因の構成要素は、ポジティブなコーピング、希望やスピリチュアルな視点、家族防御要因の構成要素は、家族のサポート、ヘルスケリソース、社会的防御の構成要素は、社会的統合である。社会的統合については、青年が仲間や学校との関係の維持や拡大の重要性について指摘し、同じ境遇の仲間関係をつくることから多くの利益を得ることを示唆している。介入については、患者個人の防御要因やリスク要因について評価し援助することが示されている。

Vinson (2002) の気管支喘息の思春期患児のレジリエンス概念モデルがある。人間発達の生態学、健康生成論、ストレス・コーピング理論を基盤にし、防御要因は子どもの特性、家族環境、認知情緒の評価、コーピングパターン、成果は **QOL**、病気指数とした包括的なモデルである。モデルの検証は、気管支喘息の患児とその親 235 名を対象に量的研究で行い、統計的に確認している。Mitchell, Murdock, McQuaid (2004) は、都市部で生活する気管支喘息患児の概念モデルの開発を行い、リスク要因を喘息症状、コミュニティ (貧困層)、防御要因を個人特性、セルフコントロール、適応、成果をヘルスプロモーション行動とマネージメント行動としている。31 名の患児を対象に検証を試み、統計的には大きなサンプルでの検討が必要なことと、このモデルの介入の可能性を示している。

Wu, Sheen, Shu, Chang, and Hsiao (2012) は、がんで化学療法を受けている思春期患児の概念モデルの開発を試みている。ストレスコーピング理論を基盤にして作成されたモデルは、リスク要因に不安、防御要因に認知的対処、問題解決的対処、防衛的対処、成果にレジリエンスとしている。レジリエンス概念モデルは、疾患や治療状況に即した要素を取り入れた開発が試みられている。ただ、モデルの追試研究、介入方法の開発が報告されているモデルは、Haase による Adolescent Resilience Model (2004) 意外には見出す事はできなかった。

(2) 慢性疾患患児のレジリエンス促進への介入

概念モデルで述べた Haase は Adolescent Resilience Model をもとに、防御要因の強化をしリスク要因の制限を図る介入プログラムを開発している (2004)。介入・評価を行った研究には、Phipps, Peasant, Barrera, Alderfer, Huang, Vannatta (2012) による、小児がんで幹細胞移植を受けた 6 歳から 18 歳の子どもとその親 171 名を対象にした介入研究がある。幹細胞移植を受けた子どもにマッサージとセラピストによるユーモア療法を行い、抑うつ状態、心的外傷ストレス、疼痛や精神的なことを含む健康状態、Benefit Finding (自分にとって良かった、意味があったという気づき) の測定を介入前後に測定し評価を行ったが、有意な相違は得られておらず、介入による有益性は期待できないという結果であった。実施された援助から、レジリエンス促進のリスク要因として抑うつ状態、ストレス、疼痛などがあり、促進要因としてユーモア性などがあると予測されるが、論文中でもレジリエンス概念モデルの活用が適当であると述べられているが、実施された援助とレジリエンス促進との関連は明確にされていない。

4. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを構築するにあたり介入まで検証されている Haase (2004) が提示した Adolescent Resilience Model (以下 ARM) を基盤にする。ARM を基盤として用いる理由として以下の 6 点を挙げる。

第 1 に、ARM はがんやその他の慢性疾患で用いることが可能であるとしている (Haase, 2004)。第 2 に、ARM は病気である個人の主観的、全体論的な視点でパターンや経験に焦点をあてた意味ベースのモデルであり、生物医学的な機能ベースのモデルとは異なる。第 3 に、ARM で示されたレジリエンスの防御・リスク・結果の要因と、事前に行った「子どものレジリエンス」の概念分析で抽出された属性・先行要件・帰結は矛盾しない (宮崎, 2016)。第 4 に、ARM はレジリエンスのプロセス、防御・リスク・結果の要因が包括的に提示され、レジリエンスが促進することを目的にした介入モデルである。第 5 に、ARM はリスク要因と防御推進要因との相互作用において個・家族・社会のシステムレベルがあるという生態学的枠組みと、個人のレジリエンスの時間の経過による変化やリスクの累積的影響という発達の枠組みを用いており、本研究では慢性疾患で入院中の思春期患児を対象とするが、生態学的枠組みと発達の枠組みを用いて捉えるという点で一致する。第 6 に、がん患児 (者) のレジリエンス研究 (Ishibashi, Ueda, Kawano Nakayama, Matsuzaki, & Mastuyama, 2010 ; Chou & Hunter, 2009) において、レジリエンス促進のための介入モデルとして用いられており、信頼性が高くレジリエンスの介入研究には有用である。

子どものレジリエンス定義、文献検討から明らかとなった慢性疾患思春期患児のレジリエンス影響要因と ARM を比較検討し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを構築した。ARM は、病気関連のリスク、個人的リスク、個人的防御、家族の防御、社会的防御、結果の 6 つの要因からなる。個人的防御要因については Courageous coping (前向きなコーピング) と Derived meaning (意味を見出す)、結果要因についてはレジリエンスと QOL、それぞれを独立した要因として位置づけている。「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、病気・入院関連のリスク、家族の防御、社会的防御、個人のリスク、個人的防御、結果の 6 つの要因からなる。要因間には、促進あるいは抑制に影響する関係がある (図 3)。モデル図のそれぞれの要因間の矢印は影響する方向を表し、(+) の印は要因の促進に影響、(-) の印は要因の抑制の影響を示す (図 3)。

以下は、それぞれの構成要因について記述する。

1) 病気・入院関連のリスク要因

病気や入院に関連するリスク要因について、ARM では病気に関連したリスク要因として、病気の不確実性と病気や症状関連の苦痛の2つの概念を要素としている。病気の不確実性は、病気に関連する出来事の意味を理解できないこととして定義され (Mishel, 1997)、病気のあいまや複雑性によって生じる。そのため、自分に何が起きているかについての情報の欠如や理解困難であるとき、また治療に関連した出来事に馴染みがない、予想外であるときに最も強くなる (Haase, 2004)。慢性疾患は、疾患の病態は複雑であり、その病状は慢性的に長期に渡って経過するという特性のため、病気や病状の不確かさを一層強くする。病気や症状に関連した苦痛は、痛み、不安、不快な症状などがあるとしている (Haase, 2004)。

病気や入院に伴う思春期子どものストレスサードとして、病気や症状、治療や検査・処置、生活や活動の制限、ボディイメージの変化、家族・友人・社会からの分離、学習の中断や進路の変更が明らかになっている (渡邊, 2014 ; 前田, 2013 ; 前田, 藤原, 上杉, 杉野, 平田, 2010 ; 渡辺, 細谷, 2004 ; 吉川, 瀧口, 2002)。病気や治療に関連するストレスとともに、入院に伴う生活の制約や生活時間の中断がストレス要因となっていることを示している。これは、研究者の「子どものレジリエンス」の概念分析の結果の抽出された先行要件と一致している。自分自身が病気になること (Ishibashi et al, 2010 ; 仁尾, 2008a ; 2008b ; 仁尾, 藤原, 2006 ; 小林 他, 2002)、病気による入院生活や必要な検査処置をうけること (山口他, 2010 ; 河上, 2009) によって、強い不安、精神的混乱、落ち込みといった「精神的な不健康を引き起こす状況」とであり、入院による生活環境がリスク要因となることを示している。

本モデルの枠組みでは、構成要素は「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」とする。「不確実性」とは、情報の欠如や病気や入院に関連して自分におきた出来事の意味を理解することが難しく困惑や不安を生じることである。「病気や症状関連の苦痛」は、病気や治療などに関連する症状、検査・処置、治療による痛み、不安、不快さのことである。病気・入院関連のリスク要因は、個人のリスク要因を促進し、結果要因の促進を抑制する。

2) 個人のリスク要因

個人のリスク要因は、個人では制御できない病気や入院関連のリスクの影響を受け、その結果として慢性疾患で入院中の思春期患児に起きる体験である。具体的な感情や行動に

は、淋しさ、疎外感、孤立感、孤独感といった心理的状态、周囲に対する攻撃的態度、不満やわがままの表出、治療や処置の拒否といった言動がある（渡邊，2014；渡辺，細谷，2004；吉川，瀧口，2002）。ARM では、個人のリスク要因は防衛的コーピングとし、個人の回避的、運命論的、感情表出などのネガティブなコーピンと定義している。

研究者の「子どものレジリエンス」の概念分析の結果、属性に「前向きな未来志向」として、自分自身の将来における夢や希望をもつことや具体的な自分なりの目標が存在し、それらの夢や希望がかなうことや目標が達成できることを目指し、達成したい事柄の実現にむけて挑戦的に意欲的に進もうとすることが抽出された（宮崎，2016）。また、自信や有能感だけでなく、今ある自分について客観的に理解し、受け入れ、認める「自己肯定」が抽出された。

その一方で、慢性疾患で入院中の思春期患児は、病気・入院関連のリスク要因である、病気や症状、治療や検査・処置、生活や活動の制限、ボディイメージの変化、家族・友人・社会からの分離、学習の中断や進路の変更の影響を受け（渡邊，2014；前田，2013；前田，藤原，上杉，杉野，平田，2010；渡辺，細谷，2004；吉川，瀧口，2002）、進路や就職に不安を感じ、将来の人生設計を見失い、体の変化を受け入れ難いことがある（前田，藤原，上杉，杉野，平田，2010）といった体験をする。渡邊（2014）は、思春期の血液腫瘍疾患患児の入院当初のとまどい、希望をもてない、何も考えないという状況を情緒的ゆらぎとしている。また、仁尾、藤原（2006）は、病気であること自分自身を否定的に捉えることを挙げている。村田（1996）は、入院生活は制限が多く、生活や治療において自分で決定できることは限られるため、自分で自分の行動や生活を統制できるという自己コントロール感が低下するとしている。このように、病気で入院している自分自身について前向きに捉えられない状況に陥ることがあり、個人が意識的には統制できない感情、行動、思考がある。さらに、入院初期や急性期にある場合は強くなりやすいことが考えられる。

本モデルの枠組みでは、構成要素として「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」とする。「ネガティブな自己認識」とは、患児が自分自身について客観的に理解できず、病気で入院している自分について前向きに捉えることができないことである。「自己統制感の低下」は、患児が自分の感情や思考や行動をコントロールすることが難しくなり、自己統制感が低下することである。個人のリスク要因は、個人的防御要因と結果要因を抑制する。

3) 家族の防御要因

家族の防御要因は、レジリエンスを促進する防御要因のうちの家族に関する諸条件である。病気で入院している思春期児の研究において、家族は患児が困った時に寄り添い、心の支えとなっている（河上，2009；仁尾，藤原，2006）。ARM では、家族は潜在的に心理社会的問題から青年期のがん患者を保護するための重要な資源であるとしている。家族のムードや状況、家族外の要因である家族サポート・リソースの2つを要素としている。家族のムードや状況には、家族の適応とさずな、親と患者のコミュニケーション、家族へのサポートプログラムがあり、家族サポート・リソースは、家族ネットワークと社会経済的要素がある（Haase, 2004）。家族の防御要因として、Kim & Yoo（2010）は、家族と患者との関係の強さ、家族内の関係性や雰囲気、家族がもつ財源をあげている。

また、Vinson（2002）は、レジリエンスの防御要因に家族環境があることを示し、家族の凝集性や情緒的暖かさが具体的な内容としてあるとしている。小林他（2002）は、レジリエンス促進の要因として家族環境があるとし、病気や入院の受け入れ、家族メンバーの健康、家族メンバーの教育を指摘している。

研究者による「子どものレジリエンス」の概念分析の結果、属性には、困難や逆境を体験している子どもには、周囲の人々による情緒サポート、情報サポート、そして生活環境面でのサポートがあり、それらが有効に機能することが抽出された。入院や病気の初期においては、家族もまた精神的に混乱をきたしやすいこと（江藤，松永，西，2004；片山，松橋，2003；早川，1997）、子どもに病状、治療、診断を告げることを親は躊躇する場合もあること（三澤，伊藤，佐藤，渡邊，平元泉，2010；Ishibashi et al, 2010）は明らかにされている。そのため、家族が患児の病気や入院を受けとめているかは、子どものサポートに大きく影響する。

本モデルの枠組みでは、構成要素は「家族サポート」、「家族の雰囲気」、「家族の病気や入院の受け止め」とする。「家族のサポート」は、患児に対する家族による患児への情緒、情報、家族のリソースがある。「家族の雰囲気」は、患児をサポートするための家族内の関係性や雰囲気であり、「家族の病気や入院の受け止め」は、患児の病気や入院に関する家族の前向きな思いや考え、受け入れやそれによってとった行動である。サポート家族の防御要因は、個人的防御要因と結果要因を促進し、個人のリスク要因を抑制する。

4) 社会的防御要因

社会的防御要因は、レジリエンスを促進する防御要因のうち、ヘルスケアシステムを含む近隣や学校を含む環境の諸条件である。ARM では、社会的防御要因として社会統合とヘルスケアリソースの 2 つの概念を要素としている。社会的統合には、友達のサポート、類似の症状をもつ他者の影響、類似した状態の仲間やヘルスケア提供者がある。ヘルスケアリソースには、ヘルスケア専門家からのサポート、サポートプログラムへの参加がある (Haase, 2004)。研究者の「子どものレジリエンス」の概念分析の結果では、属性に、周囲の人々による情緒サポート、情報サポート、生活環境サポートのソーシャルサポートが抽出された (宮崎, 2016)。平林 (2000) は、子どもが入院生活の場に適応していくためには、安全であるという感覚がもてる、力を強化するものを確保している、情報が得られることをあげ、子どもが自由性をもって生活できるとしている。入院している思春期の患児へのヘルスケア専門家から提供されている医療・看護援助には、治療や処置、生活の援助、生活環境の調整、専門的知識や情報の提供、精神的サポート、学習の支援、入院前の友人や教師とのつながりへの支援、患児間の関係調整などがある (前田, 2013; Kim & Yoo, 2010; 仁尾, 藤原, 2008)。

本モデルの枠組みでは、構成要素は「入院中の仲間のサポート」、「学校の友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」とする。社会的防御要因は、個人的防御要因と結果要因を促進し、個人のリスク要因を抑制する。

5) 個人的防御要因

個人的防御要因は、ARM は、勇気ある前向きなコーピング、意味の生成の 2 つを構成要素としている (Haase, 2004)。慢性疾患で入院中の思春期患児は、病気体験に加え、所属する集団から離れ、新たな治療・生活環境に適応することが求められる。

研究者の「子どものレジリエンス」の概念分析の結果、属性に「良好な他者関係づくり」と「問題解決志向」が抽出された。「良好な他者関係づくり」には、他者との感情、思考、行動におけるやり取りがあり、お互いの存在を認め、尊重しあえるということである (宮崎, 2017)。良好な他者との関係を築くための要因には、自分から他者に近づくことや親しくなろうとする姿勢を根底に、他者を理解し共感すること (平野, 2011; 長尾, 柴崎, 山崎, 2008; 高辻, 2002)、それらを思いやる、助ける、気づかう、配慮する、親切にするという認識や行動として表すこと (富永, 鈴木, 梶山, 井川, 2009; 仁尾, 2008b) が含ま

れる。また、「問題解決志向」は、問題の発見や把握に始まり、明確となった問題解決に向けて計画をたて、実行するという一連の過程がある。そして、物事を洞察する力や論理的思考や創造力に加え、問題に取り組もうとする積極的な姿勢や解決に向けて実際に行動にできる実行力といったことを含む統合的な意味がある。

病気や入院、新たな学校生活などによって状況や環境が変化すると、学童・思春期児は新たな生活環境への適応のために、家族や友人など既に存在している関係の再構築、医療者や教師などの初めて出会う人々との関係の構築が始まる。仁尾、藤原（2006）は、先天性疾患をもつ思春期の患児が、病気の自分を理解し支えてくれる周囲の人々がいることを認識し、関係をうまく調整し関係を円滑にしていくことは、生命に直結した病気をもちながら困難を乗り越え、自己管理ができるという自立した生活を送る上で基盤となり重要であると述べている。学童期・思春期は、学校を中心とした集団社会で、正直であることや約束を守るといった規範意識を働かせ、積極的に自己表現を行い、コミュニケーション能力を発揮することを通して、友人関係を構築していく（富永他 2009；仁尾，2008b；高辻，2002）。

人との関係を調整することにより、社会の中での自分の存在を確認し、自分の居場所を見出し、自分に起きている問題に取り組むことへと発展させていくことである。「人との関係調整」については、多くの先行研究でレジリエンスに影響する要因として明らかにされている（前田，2013；Yeo Jin Im, Kim, 2011；前田他，2011，2010；Kim, Yoo, 2010；仁尾，藤原，2006；渡辺，細谷，2004；小林他，2002）。親からの自立の過程にある思春期において、友人関係は自立と依存の葛藤や不安の防衛手段として、これまで獲得した友人関係を築く能力を活用し（羽岡，笹原，松崎，2009）、その特徴として、持続する社会とのやりとりや、人との関係の中で自己開示や信頼を求めるというように相互性が重要になる。Grizenko & Fisher（1992）は、レジリエンスであることについて、個人と環境の諸条件の相互作用からもたらされるとし、思春期に特に重要な要因として、対人関係の要因を指摘している。

本モデルの枠組みでは、構成要素は「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」とする。人との関係調整には、学校の友達、教師、入院中の仲間、家族、医療者関係との相互の関係が含まれる。自分を支える周囲の人々の存在を知覚し、その人々と関わりを持つことに喜びや楽しさという前向きな感情をもち、精神的な安寧を維持しながら、周囲の人々の様々な支えを積極的に受け入れることがある。そして、他者を思いやる、気遣うこ

と、気にかけるなどの周囲の人々との患児の主体的な交流がある。そして、慢性疾患で入院し、日常とは異なる人間関係や生活環境の中で生活を送る中で生じる様々な問題に対して、有意義な入院生活や退院後の社会生活を視野にいれ、自分を支援しようとする周囲の人々を認識し、その人々との関係を調整しながら取り組むことである。個人的防御要因は、結果要因を促進する。

6) 結果要因

「子どものレジリエンス」の概念分析の結果、子どものレジリエンスが促進した結果として、子どもの成長発達し変化する状況へと回復すること、心理的に安定した状態で日々の生活がその人らしく営むことができるように適応することの2点が抽出された（宮崎，2016）。子ども時代は非常に急激な成長発達をしている時期であり、特に思春期には、適応にセルフケアの獲得を基盤とした入院生活の自立がある。慢性疾患で入院している思春期患児が、周囲の人々との関係を調整し、自分自身も社会の一員であるという意識がもてることである。慢性疾患の思春期患児の課題には、社会の一員として自律した生活を営む力の育成が提示されており、本モデルの結果要因と一致する。

本モデルの枠組みでは、構成要素は「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」とする。

「セルフケアの獲得」は、患児が病気になり入院するという特殊な心身の状況や生活環境の中で、成長発達の過程たどりながら、日々の生活の調整や設計を自立して行うことがき、主体的に生活を営むことであり、病気や治療や処置の理解や自己決定、内服や必要な自分自身で行う処置、衣食住などの基本的な生活全般のセルフケアを獲得することである。「帰属意識の継続」は、患児は病気で入院している間も、家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員であるという帰属意識を継続することであり、その一員としての行動がとれることである。結果要因は、入院生活というストレスの多くかかる状況の中においても防御要因の影響を受けて、レジリエンスとしての成果を得る。

IV. 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の検証

1. 目的

「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」についてケーススタディリサーチ法を用いて検証する。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究デザインは、仮説検証型の複数ケース・スタディである。ケース・スタディ研究は、文脈から切り離せない複雑な現象を理解し、理論開発、看護介入の開発のための研究方法として有用であるとされている（Zucker, 2004）。本研究における有用性として、慢性疾患で入院中の子どものレジリエンスのプロセスの期間に、研究者が相互作用を通して有意義な情報を全体的に手に入れることが可能であること、しかしレジリエンスがどのように生じているかについての文脈への影響は少ないことがある。このことから、慢性疾患で入院中の子どものレジリエンスの複雑なプロセスを説明するための包括的なアプローチを提供するものとして選択した。

ケース・スタディの設計のタイプには、単一ケース・スタディと複数ケース・スタディがある。複数ケース・スタディは、一つの研究に複数のケースを含め、設定した仮説を各々のケースによって、繰り返し検証するデザインであり、単一のケースデザインよりも強力である（R.Yin, 2009）ことから、複数のデザインを選択した。

今回、Yin のケーススタディリサーチ法（Yin, 1994）を用いて、複数ケース・スタディを行う。Yin のケーススタディリサーチ法は、社会学や心理学の分野で複雑な現象がみられる組織をケースの単位とし、その現象を解明するために用いられている。看護学の分野では、小児から高齢者までの全ての年齢集団、施設やコミュニティ、看護教育、救急看護、緩和ケア、終末期ケアと広範囲にわたって研究が行われている。研究の目的は、ケースに起きている現象の概念構築（Ishibashi et al., 2010 ; Lee,2002）、影響要因の探求（Kawahara, 2010）があった。Yin のケーススタディリサーチ法は、研究方法について組織的に明確に示されており、また、制御できない事象について仮説検証を行うことによ

り、理論を拡張し科学的一般化が可能である（伊藤，2011）とされている。

本研究の目的は、研究者が開発した「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を、ケーススタディリサーチ法を用いて検証し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを精選し、レジリエンス促進のための看護プログラムを提示することである。そのため、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスを促進する要因、促進を妨害する要因、要因間の関連、レジリエンスの経時的な変化を明らかにし、新たな要因や要因の構成要素の探索をする。患児に起きている現象やその進行の力動性を説明する必要がある。また、関連する要因は多岐にわたり複雑でケースのコントロールも不可能であり、Yin のケーススタディリサーチ法を用いることが適当であると考ええる。

2) 用語の定義

・慢性疾患で入院

小児がんや血液疾患、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、慢性消化器疾患、内分泌疾患、神経筋疾患、免疫疾患で慢性的な経過をたどる疾患で、入院期間は1ヶ月以上とする。

・思春期

思春期は一般的に学童期の最終から成人への移行期とされており、今回、思春期を11歳から16歳の時期とする。

・入院患児のレジリエンス

病気になり入院するという状況に遭遇しながらも、周囲の人々と良好な人間関係を築き、自分を理解し受け入れ認めるという自己肯定という認識のもと、前向きな未来志向をもち、問題解決能力や根気強さを発揮しソーシャルサポートを得て、精神的に不健康な状況から立ち直り、乗り越えて回復し、心理的安定性を保ちながら環境に適応していく力動的過程、能力、結果である。これは「子どものレジリエンス」の定義（宮崎，2016）と一致する。

3) 研究フィールドと研究参加者

(1) 研究フィールド

A 県内の B 病院を研究フィールドとした。

(2) 研究参加者

① 選定条件

本研究の研究参加者は、慢性疾患で入院中の 11 歳から 16 歳の患儿、患儿の親、患儿のプライマリナースで、研究参加の同意が得られたものとした。慢性疾患患儿については、慢性疾患での入院がはじめてであり、1 か月以上の入院期間を要するとされた患儿とし、病状や治療による症状の影響で身体的・精神的に著しく不安定な状況にある患儿は除いた。また、本研究では面接調査を行うため、認知・言語機能に何らかの影響を受けている可能性のある脳神経系の慢性疾患患儿は除いた。

② 参加者

慢性疾患で入院中の思春期患儿の他に、患儿の親、患儿のプライマリナースを研究参加者とした。患儿に起きている現象は、患儿と関わる親やプライマリナースの思考や感情の影響を受け相互に作用するため、患儿に起きている現象を詳細に把握するため、患儿の親、患儿のプライマリナースに面接調査を行った。参加者人数は以下に示す。

- ・ 慢性疾患で入院中の 11 歳から 16 歳の患儿 : 5 名
- ・ 患儿の親 : 5 名
- ・ 患儿のプライマリナース : 5 名

(3) 研究フィールド、研究参加者へのアクセス方法

研究フィールド、研究参加者へのアクセスは以下の手順で行った。研究参加者についての同意を得る順序は、代諾者（患儿の親）に患儿の研究参加についての承諾を得た後に、研究参加の同意を患儿、患儿の親、患儿のプライマリナースの順で行った。

① 施設管理者の研究協力についての説明と承諾の方法

慢性疾患思春期患儿が入院している施設管理者である病院長、看護部長に、研究目的、意義、面接調査とカルテからのデータ収集の方法について口頭と文書(資料 2)を用いて説明した。

研究協力の承諾が得られた場合、研究協力承諾書(資料 3)を取り交わし、協力承諾の確認を行い、研究対象者が入院している病棟師長の紹介を得た。

② 病棟師長と主治医の研究協力についての説明の方法

病棟師長と主治医に、研究目的、意義、面接調査とカルテからのデータ収集の方

法について口頭と文書（資料 4、資料 5）を用いて説明し、面接対象者の条件に合致する患児、患児の親、患児のプライマリナースの紹介を得た。

③ 患児の研究参加についての代諾者（患児の親）への説明と承諾の方法

代諾者（患児の親）に、研究目的、内容、患児への面接調査の方法、カルテの閲覧、研究参加により期待される患児の利益、研究参加に伴う患児の不自由、不利益、リスクについて、口頭と文書（資料 7）を用いて説明した。患児の研究参加についての承諾が得られた場合、患児の研究参加の代諾者同意書（資料 14）を取り交わした。

④ 患児の研究参加についての説明と同意の方法

代諾者（患児の親）の承諾が得られた後に、患児に、研究目的、内容、面接調査の方法、カルテの閲覧、研究参加により期待される利益、研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて、口頭と文書（資料 6）を用いて説明した。説明は患児が理解できることばを用いて丁寧に行った。文書（資料 6）は、患児の年齢に合わせて作成し、小学校、中学校教員のアドバイスを受けて修正し使用した。その際、親に研究参加についての承諾を得ていることについて説明した。患児から同意の有無の返事は、説明から 1 週間以内をめどとし、患児の親か入院中の病棟師長を介してのいずれかの方法で受け取った。

患児の研究参加の同意が得られ、患児の親の同意が得られた場合は、患児の研究参加同意書（資料 8）を、患児と取り交わし、研究参加の確認を行った。患児には同意後の途中辞退を保証するため、研究協力断り書（資料 9）を渡した。なお、患児の研究参加についての説明、同意書の取り交わしは、患児と患児の親とは別の場を設けて行った。文書（資料 8、資料 9）は、読み仮名を付けて使用した。

⑤ 患児の親の研究参加についての説明と同意の方法

患児の研究参加について患児の同意が得られた後に、患児の親に、研究目的、内容、面接調査の方法、カルテの閲覧、研究参加により期待される利益、研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて、口頭と文書（資料 10）を用いて説明する。患児の親から同意の有無の返事は、説明から 1 週間以内をめどとし、研究者への電話、メール、病棟師長を介してのいずれかの方法で受け取る。研究参加の同意が得られた場合は、研究参加の同意書（資料 12）を取り交わし、研究参加同意の確認を行い、同意後の途中辞退を保証するため、研究参加の断り書（資料 13）を渡す。

なお、患児の研究参加の代諾者と研究参加者が同一の人である場合には、代諾者の説明と同時に、研究参加の説明を行う。

⑥ 患児のプライマリナースの研究参加についての説明と同意の方法

患児の研究参加、患児の親の研究参加についての同意が得られた後に、患児のプライマリナースに、研究目的、内容、意義、面接調査の方法、研究参加により期待される利益、研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて、口頭と文書（資料 11）を用いて説明した。患児のプライマリナースから同意の有無の返事は、説明から 1 週間以内をめどとし、研究者への電話、メール、病棟師長を介してのいずれかの方法で受け取った。同意が得られた場合は、研究参加の同意書（資料 12）を取り交わし、研究参加同意の確認を行い、同意後の途中辞退を保証するため、研究参加の断り書（資料 13）を渡した。

⑦ 研究参加者は、1 ケースにおいて、患児、患児の親、患児のプライマリナースの 3 者に対して、3 者が揃って研究参加に同意が得られない場合には面接調査、カルテからの情報収集はともに実施しないこととし、3 者に面接を予定していること、3 者が揃って同意が得られない場合には、面接調査は実施しないことを各研究参加者に説明した。

⑧ 3 者の中で研究参加辞退の意思表示があった場合には、ケースにおける面接調査、カルテからの情報収集は中止することとした。研究協力者の辞退の意思表示の方法は、研究協力断り書（資料 9、資料 13）の郵送、研究者への電話、メール、病棟師長を介して研究者へ連絡をすることとした。研究参加断り書（資料 9、資料 13）の郵送以外で意志表明があった場合には、意思表示があってから速やかに、研究参加断り書（資料 9、資料 13）の郵送、あるいは病棟師長を介して受け取ることにした。

3 者の中で途中辞退者あった場合には、ケースにおける他の参加者の面接調査、カルテからの情報収集は中止し、データは破棄することを各参加者に説明した。しかし、途中辞退の時期が 3 者の面接調査がすべて終了した後には、すみやかにデータを連結可能匿名化から連結が不可能な匿名化として処理し分析を行うため、遡ってデータを削除することができないことを説明した。

4) データとデータ収集方法

データ収集は、慢性疾患で入院中の患児、患児の母親、患児のプライマリナースへの面接調査、カルテ記述によって行った。

(1) 面接調査

① 対象者

- ・慢性疾患で入院中の 11 歳から 16 歳の思春期患児 : 5 名
- ・患児の親（母親か父親、あるいは養育者） : 5 名
- ・患児のプライマリナース : 5 名

(2) 面接方法

① 患児への面接

面接は経時的な変化が予測され、想起的に聞き取ることに限界があるため 2 回行った。面接時期は、1 回目は病状や治療による症状も安定し心身の状態が落ち着いた入院して 2 から 4 週間程度が経過した時期を予定し、2 回目は 1 回目の面接から 4 週間程度経過してからとした。面接の日時は患児と話し合って調整し、場所は、入院中の病棟内のプライバシーが確保できる静かな場所で実施した。面接時間は 30 分から 60 分程度を予定した。患児は慢性疾患で入院加療中であることを十分に配慮し、気分不快、苦痛、疲労感が出現した際には訴えやすい雰囲気をつくるとともに、随時、気分不快、苦痛、疲労感について患児に確認する。また、専門家による対応が必要であると判断した場合には、速やかに病棟ナース、主治医に報告することを予定した。

面接内容は、面接ガイド（資料 1）にそって、半構成的に患児の語りを妨げないよう行った。面接内容は許可を得て、IC レコーダに録音した。IC レコーダに録音許可が得られない場合には、面接中にメモをとり面接終了後、速やかに逐語録の作成を行った。

② 患児の親への面接

面接は 1 回、面接時期は、患児の 2 回目の面接を実施した時期に行った。面接日時は親と話し合って調整し、場所は患児が入院中の病棟内のプライバシーが確保できる静かな場で行った。面接時間は 30 分から 60 分程度を予定した。面接は患児の面会の機会を利用して実施した。面接内容は、面接ガイド（資料 1）にそって、半構成的に

患児の親の語りを妨げないように行った。面接内容は許可を得て IC レコーダに録音した。

IC レコーダに録音許可が得られない場合には、面接中にメモをとり面接終了後、速やかに逐語録の作成を予定していたが、対象者はいなかった。

③ 患児のプライマリナースの面接

面接は 1 回、面接時期は、患児の 2 回目の面接を実施した時期に行った。面接の日時は話し合って調整し、病棟内のプライバシーが確保できる静かな場所で行った。面接時間は 30 分から 60 分程度を予定した。業務に支障が生じないように、面接を実施する。面接内容は、面接ガイド（資料 1）にそって、半構成的にプライマリナースの語りを妨げないように行う。面接内容は許可を得て IC レコーダに録音した。IC レコーダに録音許可が得られない場合には、面接中にメモをとり面接終了後、速やかに逐語録の作成を予定していたが、対象者はいなかった。

（３）カルテからのデータ収集

研究参加患児のカルテからの情報収集は、患児の面接調査日前後に病棟内で行った。収集内容は、基本的情報（病名、年齢、入院期間）、入院以降の患児の健康状態、提供された看護内容と患児の状況、提供された処置や治療と患児の状況、病気や入院についての親と患児への説明、入院環境についての情報を収集した。

（４）データ収集期間

平成 27 年 7 月から 9 月

5) 分析方法

分析は、Yin の研究方法にそって、単一ケースの分析、ケース間の比較の順に行い結論の導出を行った。

第一に、データ収集を行った順に単一ケースについてパターン適合による分析を行った。モデルを構成する概念、概念内の要素について細かく検討し、パターンの適合あるいは不適合を記述的、説明的に分析し、レポートを作成した。第二に、単一ケースの分析結果をも用いて、ケース間の類似性、差異性に着目し比較検討し、結論を導出した。その後、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を検証し考察し

た。

「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の検証結果をもとに、「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス」を構築し、提示された新・モデルを理論的根拠として、ケアプログラムを提示した。

パターン適合における分析では、データ分析をした結果から得られたパターンと理論枠組みをもとに導き出した予測されたパターンとを比較し、記述的、あるいは説明的に分析し、予測されたパターンを体験に基づくパターンにより検証した。この分析の過程を Yin のケーススタディリサーチ法を参考に図に示す（図 4）。

（１）単一ケースの分析

患児の２回の面接調査によるデータ、親とプライマリナースの面接調査によるデータ、電子カルテからのデータの分析を行った。

①患児の２回の面接調査、患児の親の面接調査、患児のプライマリナースの面接調査による３者の逐語録を作成した。

② ３者の面接による逐語録から、患児、患児の親、プライマリナースの各々に、まとまりがある内容を切断し取り出した。患児の逐語録からは、病気や入院に関連しておきた事象、それについての患児の感情、思考、行動という患児の体験が語られた内容に着目し取り出した。患児の親、プライマリナースの逐語録からは、患児におきた事象、それについての患児の様子や態度について語られた内容に着目し取り出した。また、患児の親の逐語録からは、患児や患児の病気や入院に対する感情や思考についても取り出した。

③②で抽出したデータを、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の枠組みをもとに、仮説モデルの構成要因や要素、要因間の関係性に視点をおき、データを構成要因毎に分類し、３者の各々の個人別分析表を作成した。

④仮説モデルの構成要因やその要素に分類してケースの分析表を作成した。③で作成した患児の分析表を中心に、母親、プライマリナースの分析表、電子カルテのデータからの内容をつきあわせ、内容の確認をした。その際、文脈におけるデータの意味を検討し、要因間の関係性に視点をおいた。

⑤③で仮説モデルの構成要因やその要素に適合しなかった記述内容は、データの内容や文脈の意味を検討し、カテゴリー化し、モデルの要因や要素に適合するかを検討し、要因や要素として位置づけた。

⑥要因間の関連については、促進あるいは抑制の視点から「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の各々の構成要因の内容や経時的な変化について検討し、以下の仮説モデルの構成要因間の関係を示す【命題】の検証を行った。また、新たな要因、要因の要素の出現の可能性も視野に入れ分析した。

【命題】

- 命題 1 「病気・入院関連のリスク要因」は「結果要因」を抑制する。
- 命題 2 「病気・入院関連のリスク要因」は「個人のリスク要因」を促進する。
- 命題 3 「個人のリスク要因」は「結果要因」を抑制する。
- 命題 4 「個人のリスク要因」は「個人的防御要因」を抑制する。要検討
- 命題 5 「家族の防御要因」は「個人のリスク要因」を抑制する。
- 命題 6 「家族の防御要因」は「結果要因」を促進する。
- 命題 7 「家族の防御要因」は「個人的防御要因」を促進する。
- 命題 8 「社会的防御要因」は「個人のリスク要因」を抑制する。
- 命題 9 「社会的防御要因」は「個人的防御要因」を促進する。
- 命題 10 「社会的防御要因」は「結果要因」を促進する。
- 命題 11 「個人的防御要因」は「結果要因」を促進する。

⑦ケース毎に、モデルを構成する概念や概念内の要素について検討した結果、パターンの適合あるいは不適合を記述的、説明的に分析した結果をまとめてレポートした。

(2) ケース間の分析

① (1) で作成されたケースレポートをもとにケース間で、類似性、差異性の比較をした。各々の構成要因の内容、さらに、構成要因が示された時期などの経時的な視点でも確認し、要因間の促進や抑制の関連について比較検討した。新たに確認された要因、要素については、複数のケースで順次継続して行い、結論の導出を行った。

②モデルの構成要因毎にケース間の分析した結果をまとめ、レポートを作成した。

6) 研究の質の確保

Yin は研究の質の確保のための視点を、構成概念妥当性、内的妥当性、外的妥当性、信頼性を挙げている (Yin, 1994, P46)。

本研究で測定する構成概念の妥当性については、概念分析と文献検討により理論枠組みである「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築することにより、データ収集を行う対象や現象を明確にした。

内的妥当性については、データの質を確保するために、データ収集者は、小児看護の実践、教育に長年に渡って経験を重ね、面接調査の豊富な経験を有している本研究者一人で行った。また、本研究の目的は、患児の主観的な体験について明らかにすることであるが、面接調査の参加者は、患児自身の他に、患児の母親、プライマリナースを加えた。認知は行動との一貫性がある (Andrew&Ann, 2012, p.210) ために、患児の体験を複合的に確認することができた。データはパターン適合による分析を組織的に計画し、分析を繰り返し行うとともに、得られた経験に基づくパターンは、全体的にかつ詳細に検討した。その際、新たな概念や命題の可能性も併せて検討した。外的妥当性については、複数のケーススタディを行い、予測されたパターンや理論的に修正されたパターンにおける概念や命題を説明し記述した。

信頼性について。データ収集、分析における手続き・手順について、Yinの研究方法をもとに実施し、研究方法に明確に記述した。データは仮説モデルの概念によってコード化したが、これらの概念に適合しなかったデータについては、全て検討し、どのようにコード化するかについて決定した。これらの検討において、小児看護専門家のスーパーバイスを受けた。

7) 倫理的配慮

本研究は、武蔵野大学看護学部倫理委員会の承認を得た上で開始した。また、対象病院の研究倫理審査を受ける必要がある場合には、その承認を得た上で開始した。

(1) 研究参加者の研究参加・協力の自由意思、拒否権の確保

研究参加者の紹介を依頼する病院に対して、研究協力依頼文書 (資料 2) を用いて説明し、本研究の了解が得られ協力が得られれば、研究協力承諾書 (資料 3) を取り交わした。その後、病棟師長、主治医に研究協力文書 (資料 4、資料 5) を用いて説明し、協力を得

た。患児の研究参加についての代諾者（患児の親）に対しては、研究者がフィールドに出向き、患児の研究参加についての承諾の依頼文書（資料 7）を用いて、研究の主旨ならびに患児の研究参加について丁寧に説明した。患児の研究参加に承諾をするかどうかは、代諾者の自由意思であり、承諾しない場合でも不利益を受けないことを説明し、保証した。研究参加者に対しては、研究者がフィールドに出向き、参加者への参加協力の依頼文（資料 6、資料 10、資料 11）を用いて、研究の主旨を丁寧に説明した。研究の参加に同意をするかどうかは、本人の自由意思であり、研究に参加しない場合でも不利益を受けないことを説明し、保証した。同意するかどうかを自由意思によって決定できるように、同意を確認するまでに時間的余裕をもち、研究者以外の人に相談してもよいことを説明した。同意の有無の意思を確認する方法は、参加者が研究者に電話やメールで返事をする他に、病棟師長や親を介して返事をするなどの方法を確保し、そのことを説明した。

同意した後も、途中辞退が可能であることを説明し、いつでも研究参加辞退の申し入れをしてよいことを伝えた。研究者に直接に伝えることが難しい場合は、病棟師長に意思を伝えること、あるいは研究協力お断り書（資料 9、資料 13）を郵送することも可能であることを伝えた。同意が得られれば、研究参加同意書（資料 8、資料 12）を取り交わした。患児への説明は、患児の年齢を配慮し理解出来ることばを用いて丁寧に行った。文書（資料 6）は、患児の年齢にあわせて作成したものを使用した。

研究参加者は、1 ケースにおいて、患児、患児の親（母親あるいは父親のいずれか）、患児のプライマリナースの 3 者とするが、3 者揃って研究参加に同意が得られない場合は本研究の参加依頼を取り下げることが説明した。

3 者の中で研究参加に辞退者あった場合には、ケースにおける参加者の面接調査、カルテからの情報収集は中止し、データはすべて破棄することとした。また、途中辞退の時期が 3 者の面接調査がすべて終了した後には、すみやかにデータを連結可能匿名化から連結が不可能な匿名化として処理し分析を行うため、遡ってデータを削除することができないことを説明した。

（2）データ収集とその説明・同意を得る方法

データ収集は面接調査とカルテ閲覧で行った。面接はプライバシーが確保できる個室で行った。面接内容は許可を得て IC レコーダに録音すること、IC レコーダに録音の許可が得られない場合にはメモをとることを説明した。研究参加者が、自由に質問できるように

し、質問には丁寧に答えた。本研究に関すること以外の入院生活における療養などの相談には答えることができないこと、相談をうけたこと、面接時に知り得たことのうち、研究者が専門職の介入が必要と判断した場合は、研究参加者の同意を得た上で、入院中の病棟担当者へつなぐことを説明した。また、研究参加者が本研究の情報開示を希望する場合には、申し出によりいつでもデータ分析結果について提示できることを伝えた。

研究参加者への説明は、病棟師長から紹介された後に研究者が行った。研究参加の同意の手続きは、代諾者（患児の親）に患児の研究参加についての承諾を得た後に、患児、患児の親、患児のプライマリナースの順で行った。患児と親への説明の時期は、病棟師長と相談し、身体的・精神的に落ち着いた状態のときを選んだ。研究の目的、内容、参加による利益と不利益、カルテの閲覧について、研究参加の依頼文書（資料 6、資料 7、資料 10、資料 11）を用いて丁寧に説明した。

代諾者が本研究の趣旨と患児の研究参加について十分に理解した時点で、研究参加代諾者同意書（資料 14）を取り交わし、同意を得た。研究参加者が本研究の趣旨を十分に理解した時点で、研究参加同意書（資料 8、資料 12）を取り交わし、同意を得た。また、参加については、第三者に相談してもよいことを伝えた。研究協力承諾書（資料 7）、研究参加代諾者同意書（資料 18）、研究参加同意書（資料 8、資料 12）は協力者、代諾者、参加者がそれぞれ署名記入し、同書式を 2 通用意し保存した。

（３）個人情報プライバシー保護の方法、研究結果の公表

研究参加者、研究協力者の個人情報、面接やカルテなどより知り得たすべての情報は匿名化を行い、厳重に管理した。匿名化の方法は、3 者の面接調査がすべて終了後までは、分析上、研究参加者の個人の識別が必要となるため連結可能匿名化とし、それ以後は連結不可能匿名化とした。連結不可能匿名化とした際に、個人の識別ができる対応表などのデータはすべて破棄した。

データは、パスワードを付けるなどのセキュリティ対策をしたうえで取扱った。コンピュータは、セキュリティー対策を有したコンピュータを使用した。ICレコーダ内のデータは、逐語録を作成して確認後直ちに消去し、その他のデータやメモ類は論文が完成し、3 年経過後直ちに消去、破棄する。本研究の資料はすべて研究者が管理し、分析時には研究者と指導教員だけが使用した。収集したデータは研究者が施錠のできる書庫に厳重に管理・保管し、プライバシーを保護に努めた。データは、本研究以外では使用し

ない。

研究結果は、学内の発表会、学会、出版物などに公表すること、公表においては匿名化、概念化し、個人・施設が特定されないようにすることを約束し、研究参加者、研究協力者に同意を得た。希望する研究参加者および研究協力者には研究結果についてお渡しすることを伝えた。

(4) 予測される参加者の不利益とそれを回避する方法および参加者が得る利益

研究参加者は、面接による時間的拘束と身体的疲労、精神的負担が生じることが考えられ、面接時に対応が必要な場合がある。このような場合は、面接を中断することも配慮し、それによる不利益は生じないことを説明した。

研究参加者が患児の場合は、入院加療中であるため、身体的、精神的に負担にならないように配慮し、面接中に気分不快、苦痛、疲労感が出現した際には訴えやすい雰囲気をつくるとともに、専門家による対応が必要であると判断した場合には、面接を中止し速やかに病棟ナース、主治医に報告し対応することを説明した。親の場合は、親の役割など心理的負担を強める可能性があるので、面接の技術を高め実施した。受け持ち看護師の場合、看護を評価されるのではないかと不安や心理的苦痛となる可能性があるもので、評価ではないことを説明するとともに、面接の技術を高め実施した。面接の日は、参加者が参加可能な日時を話し合って決め、身体的拘束からの不利益を少なくするようにした。

参加による利益は、直接的にはないが、入院している慢性疾患の思春期の子ども達の生活の質の向上に貢献するものである。

(5) その他

本研究に関わる金銭的負担はないことを説明した。

3. 結果

1) ケースの概要

ケースにおける面接調査対象者は、B 病院に慢性疾患で入院中の思春期患儿 5 名、患儿の母親 5 名、患儿のプライマリナース 5 名の計 15 名である。患儿は、小学校 5 年生から高校 1 年生で、女性が 4 名、男性が 1 名であった。4 名が小児科病棟、1 名が成人の外科系の病棟に入院していた。

2) ケース毎の結果レポート

以下、【ケース A】から【ケース E】まで順に示す。

尚、結果を記述する際には、個人や施設が特定されることを避けるため、内容に影響しない範囲で表現を変えた。

(1)【ケース A】の結果

A-1. データの収集

入院中の患者 A に 2 回、母親に 1 回、プライマリナースに 1 回のインタビューを行った。患児には 1 回目は入院後 25 日目、2 回目が 64 日目にインタビューを行った。母親に 70 日目（退院前日）、プライマリナースには退院後 3 日目にインタビューを行った。医療情報に関する病名、検査、治療の経過については、電子カルテから患児の 1 回目と 2 回目の面接日に収集した。

A-2. ケースの基礎情報

1) 患児の背景

年齢：12 歳

性別：女兒

学年：中学校 1 年生 1 学期

学校活動など：

中学校 1 年生。入学から 1 ヶ月後の入院となる。入学時から母親のすすめもあり、吹奏楽部に所属している。将来は薬剤師になりたいと思っていた。小学校 3 年生の時からそう思うようになり、理由は“安定している仕事だから”と話した。

2) 入院に至る病気・治療とその経過

疾患：慢性腎疾患

入院期間：71 日間

B 病院に入院する 1 週間程前に、著しい血尿があることに母親が気づき、ホームドクター（小児科）を受診し、総合病院での検査をすすめられ、自宅近くの総合病院に 3 日間入院するが、検査環境や院内学級があることなどを理由に母親の希望で、B 病院に入院する。この間、著しい血尿がみられたが、倦怠感などの自覚症状はなかった。入院後は、血液検査、尿検査、腎臓生検などが行われた。病気の診断が確定し治療方針が決定後（入院後 2 週間）、5 週間に渡って各週でパルス療法（点滴によるステロイド大量療法）が行われ、ステロイド剤の内服治療に切り替えられ、ステロイド剤が減量された。検査データは徐々に改善がみられ、尿中の蛋白も“1 +”

から“-”で安定した。ステロイド剤の副作用は、パルス療法中の頭痛、胸のむかつきなどの気分不良、倦怠感、入院 40 日頃よりムーンフェイスが出現した。

3) 家族

父親、母親、きょうだい 2 人の 5 人家族である。家族の面会は、母親が午後からほぼ毎日、来ており、また父親は週末に来ていた。きょうだいの面会はなかった。

4) 入院環境

B 病院の小児科病棟の 4 人部屋に入院する。患児を担当するプライマリナースがおり、患児の入院生活に関する説明や指導はプライマリナースによって行われた。主治医の回診は短時間ではあるがほぼ毎日ある。入院期間の後半には、医療系学校の学生実習中であり、患児も入院後 50 日頃には担当されることがあった。院内学級には、入院後 55 日頃から通学し、それまでは、院内学級の教師が来室してベッドサイドで 1 時間程度の指導があった。

A-3. 仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの構成要因

1) 病気・入院関連のリスク要因

構成要素の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」が確認できた。また、仮説モデルと適合しない内容が抽出され、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」と命名し、構成要素とした。

(1) 「不確実性」

2 ヶ月以上の入院期間があつて退院前に、病気が完全に治癒しているわけではないこと、現在よりも悪化する可能性があること、その場合には治療が必要になることについて“今は尿タンパクが 1 + で、これが増えたらまたイチからやり直し、やっぱりずっと疲れないように気をつけないといけない、またパルス療法は嫌だ、だから、退院しても疲れないように気をつけなければならない”と、再燃の可能性がある不安定な病状の変化とそれに伴う苦痛のある治療を予測して、患児には漠然とした不安があった。

(2) 「病気や症状関連の苦痛」

入院後 2 日目に行われた腎生検の直後の強い痛みとその痛みによる行動制限があった。“入院して一番辛かったのは、腰から針を刺した検査でとにかく痛かった、検査

が終わった後がもの凄く痛かった、看護師さんから痛かったら教えてと言われたけど、あと何時間したら...と繰り返して思いながらがまんした、しばらくは体をひねることもできなかった”と語り、看護師に訴えることもなく、強い痛みがあり、それに対してなんとか緩和できないかと自分なりに一生懸命に耐えていた。

入院 2 週間後から開始されたステロイド大量療法の副作用による強い胸のむかつき、頭痛、気分不快、倦怠感が出現した。これらの症状について“泣きたくなった”と非常に苦痛に感じ、不安があり、精神的に混乱していた。“頭が痛い時は読書できない”といい、会話が殆どみられず、ベッド上で横になっていることが多く、入浴ができない様子がみられ、日常生活行動に影響を及ぼす苦痛があった。

(3) 「生活ニーズの制約」

“病院は嫌い、血を見るのが嫌い”と、もともと病院という場所に対して嫌な印象をもっており、そのような環境で生活は、生活環境に対する安楽や安寧という点で制約があった。病院での生活は家庭生活に比べて、食事の内容やテレビの視聴時間などに制約があり、日常生活行動において自由さが失われ、苦痛となっていた。「生活ニーズの制約」と命名し、病気・入院関連のリスク要因の要素として抽出した。

(4) 「連続性の途絶」

入院することで学校生活から分離し、学校の友人や教師との学習をはじめとした学校行事などの様々な活動は中断された。患児は、入院期間が入院当初の予測とは違い 1 ヶ月ちかく延長され、参加できると楽しみに思っていた学校行事に参加できない状況があり、入院期間の中頃には、涙ぐむ様子がみられ、残念で悔しい思いをしていた。また、“勉強の遅れは塾で取り戻せるだろうか”と学校生活での学習が突然に中断され、学習が遅れることに対して不安があった。「連続性の途絶」と命名し、病気・入院関連のリスク要因の要素として抽出した。

2) 個人のリスク要因

構成要素の「自己統制感の低下」が確認できた。

(1) 「自己統制感の低下」

患児は、入院 2 週間後から開始されたステロイド大量療法の副作用による強い胸のむかつきや頭痛、気分不快についてその時の気持ちについて“泣きたくなった”と語っている。その時の患児には、突然強く泣き出したり、呆然としたりする様子がみられ、

身体的な苦痛とともに精神的な混乱があった。また、入院当初に予測していたより入院期間が延長され、“退院したい”という思いは強く、退院についての話がされる際には泣くこともあり、退院の見通しがたたないことは、今後の学校活動の見通しがたたないことへとおよび、感情や行動の統制がとれない状態があった。

3) 家族の防御要因

構成要素の「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」が確認できた。

(1) 「家族の病気や入院に対する受け止め」

母親は患児の病気について、“悪い方向に考えさせたくないと思って、自分なるべくネガティブにならないように気をつけていた”と、病気や入院による患児の不安の緩和にむけての気づかいがあり、患児の不安や精神的な混乱の緩和に対する配慮がされていた。

(2) 「家族のサポート」

患児の病気についての理解を助けるために、母親による病気の説明がされた。患児にとって信頼できる母親からの病気の説明は、病気の情報を得ることのみでなく、精神的緊張を和らげるものであり、母親から情報をえるということだけではなく、精神的サポートとなっていたと思われる。治療の副作用による食欲増進については“お母さんと相談して、カロリーが低いやつでなんとか頑張ることにした”と精神的に支えられていた。

学習に関しては、入院1ヶ月後頃より、母親によって、学校の課題プリントを届けてもらい、また、院内学級での学習を薦められ、母親がサポートを提供してくれていることを認識していた。さらに、退院前になると、母親は退院後の学校でのクラブ活動の調整を教師と行い、患児は具体的な学校生活に関する情報を得ることができていた。

4) 社会的防御要因

構成要素の「ヘルスケアリソース」が確認できた。

(1) 「ヘルスケアリソース」

医師による病気や治療や内服薬の説明、看護師による検査についての説明、病気や内服薬の説明や管理指導、蓄尿、体重測定の指導、入浴の方法など入院生活全般につ

いてサポートがあった。腎生検後のことについて“検査（腎生検）が終わった後に、砂の袋を2つのせていたけど、看護師さんが3時間したら1つとれて、また3時間したら1つとれると言ってくれた、看護師さんから痛かったら教えてと言われたけど、あと何時間したら...と繰り返して思いながらまんした”と語り、看護師の説明を参考にしながら、痛みに対する対処を行っていた。

入院後50日過ぎ頃より、院内学級での学習が行われていた。院内学級では、元籍校からのテストを実施してもらうなど、学習面でのサポートがあった。また、実習中の学生が担当することがあり、長い時間を共に過ごし、会話や学習を教えてもらうなどのことがあり、患児はそのことを“楽しい”と思っており、学習面での支援や精神的なサポートにもなっていた。

5) 個人的防御要因

構成要素の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」が確認できた。

(1) 「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」

入院直後に行われた腎生検の直後には、創部痛や出血予防のための圧迫固定に強い苦痛があったが“もの凄く痛かった、検査（腎生検）が終わった後すぐに、砂の袋を2つのせていたけど、看護師さんが3時間したら1つとれて、また3時間したら1つとれると言ので、検査が終わってお部屋に戻って3時間して、砂の袋が1つとれて、凄く痛いのがちょっと良くなって、看護師さんから痛かったら教えてと言われたけど、あと何時間したらと繰り返して思いながら我慢した”と語り、苦痛な状況を乗り越えるために、看護師から聞いた説明を確認しながら、時間と共に苦痛が緩和されて行くことを確認しながら、自分が我慢できる程度予測し、検査による痛みに取り組み、この時に看護師へ痛みを訴えるなどといったことなかった。看護師のサポートを取り込みながら、自分の中で解決に取り組んでいた。

患児は入院によって学習が遅れることを気にしていたが、身体的な状態が落ち着いてきた、入院40～50日後に、自分から学習をはじめ、母親の後押しもあり院内学級にも通い始めた。“週末は午前中に院内学級に行けば外泊に帰れるのががんばれる”と学習を継続するための楽しみをみつけ、院内学級で行われたテストについては、自分で合格点数を設定して目標を設けて主体的に取り組んだ。退院が近くなると、退院後の学習やクラブ活動などの学校生活にスムーズに復帰できるように、“今すぐには走れ

なくなっているので夏休み中に何とかする、ちょっとずつ走るようにしてみんなに追いつくようにとしようと思う。勉強の方は大体良さそう。塾の夏期講習があるので行くことにする”体力の回復や学習の遅れについて対策を考え、退院後の学校生活の復帰がスムーズになるように、考え対策が考えられていた。

6) 結果要因

構成要素の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を確認した。

(1) 「セルフケアの獲得」

70 日間以上の長い入院生活で、これまでの家庭生活や学校生活とは異なる入院環境で、入浴などの基本的な生活全般に関してセルフケアがあり、加えて、発症によって必要となった療養に関するセルフケアである内服薬の管理、早朝に起きて体重測定、蓄尿などがあった。また、学習などは、入院環境に応じた方法で主体的に行っていた。内服薬の管理については、段階的に患児の管理へと進められ、入院 1 ヶ月後にはスムーズに自己管理ができるようになった。

入院中に入浴は家庭とは異なり、入浴のために時間を予約し、入浴が終わったら片付けをして次に予約している他の患児に声かけするといったことが必要となったが、入院 3 週間後頃よりすべて自分でできるようになった。退院後の学校生活を考え、スムーズに学校生活に復帰できるように学習をしていた。

(2) 「帰属意識の継続」

家族の支え認識しサポートを得て、治療や入院生活を送ることを受け入れ、入院環境に応じた生活を送っていた。また、学校生活は中断されているが、学習の遅れや中断されたことによる学校生活への影響や退院後の学校生活について考え、入院中の生活を送っており、家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員としての行動がみられ、帰属意識の継続があった。

A-4. 命題の検証

1) 命題1：『病気・入院関連のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

ステロイド剤の大量療法による強い頭痛、気分不快は、看護師とのコミュニケーションや生活行動をとることに支障きたし、個人の意思に左右されことなく身体的状況として、これらの行動をとることが難しかった。これは、病気・入院関連のリスク要因の発熱や不眠による倦怠感が、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

2) 命題2：『病気・入院関連のリスク要因』は『個人のリスク要因』を促進する

病気の再燃の恐れ、長期間にわたって続いたステロイド剤の大量療法による強い頭痛や気分不快、延長した入院期間、学習の遅れや思っていた学校行事に参加できないことは、『個人のリスク要因』の「ネガティブな自己認識」、自分の感情や行動や思考を統制できない「自己統制感の低下」を促進する。

3) 命題3：『個人のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

退院や退院後の学校生活の見通しがたたないことや強い頭痛や不快感による精神的混乱があり「自己統制感の低下」が確認され、これは、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

4) 命題4：『個人のリスク要因』は『個人的防御要因』を抑制する

退院や退院後の学校生活の見通しがたたないことや強い頭痛や不快感による精神的混乱があり「自己統制感の低下」が確認でき、これは、個人的防御の精神的な安寧を維持し、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」ことを抑制することが考えられる。

5) 命題5『家族の防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

母親の患児の病気の受け止めへの気づかいは、患児への信頼できる身近な母親からの病気の説明は、『個人のリスク要因』を抑制することが考えられる。

6) 命題6：『家族の防御要因』は『結果要因』を促進する

母親の入院中の生活のサポートや患児が退院後の生活をスムーズに送れるように教師と連絡をとって退院後の学校での生活環境を整えるためのサポートは、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を促進することが考えられる。

7) 命題7：『家族の防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

母親とともに入院生活について考えること、課題プリントを届けるなどのサポート

は、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

- 8) 命題 8 :『社会的防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

命題 8 は、確認できなかった。

- 9) 命題 9 :『社会的防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

看護師による検査時の説明は、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進する。また、看護師や医師による入院生活全般のサポート、院内学級で学習すること、学生による学習支援や精神的サポートは『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

- 10) 命題 10 :『社会的防御要因』は『結果要因』を促進する

看護師や医師による入院生活全般のサポート、院内学級で学習すること、学生による学習支援や精神的サポートは、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を促進することが考えられる。

- 11) 命題 11 :「個人的防御要因」は「結果要因」を促進する

同室の患児、母親、看護師、医師、看護学生、医学生と関係を調整しながら、自分のスタイルを壊すことなく関係調整をしながら、家庭生活とは異なる入院環境の中で、学習を含めた入院生活を整えることに取り組み、退院後の生活について計画を立てている。これは、結果要因の「セルフケアの獲得」を促進することが考えられる。

(2) 【ケース B】の結果レポート

B-1. データの収集

入院中の患児に2回、母親に1回、プライマリナースに1回のインタビューを行った。インタビューの時期は、患児には1回目が入院後26日目、2回目は42日目、母親には46日目、プライマリナースには47日目にインタビューを行った。医療情報に関する病名、検査、治療の経過については、電子カルテから患児の1回目と2回目の面接日に収集した。

B-2. ケースの基礎情報

1) 患児の背景

年齢：14歳

性別：女児

学年：中学校3年生 1学期

学校活動など：

中学校3年生で高校受験を控えている。吹奏楽部に中学校一年生から所属している。将来は農業に関わる仕事に就きたいと考えているが具体的な職業としてはない。

2) 入院に至る病気・治療とその経過

疾患：慢性関節炎

入院期間：47日間

入院をする2週間位まえより、40度前後の発熱が毎日みられて、ホームドクターを受診し対処していた。発熱の原因が不明のため、検査、治療を目的で入院となる。入院後は、血液検査、骨髄穿刺検査、全身CT検査、腎臓生検などが行われ、病気の診断が確定し、治療方針が決定した。発熱は、入院後より38度前後みられ解熱剤の使用で下降がみられた。診断後（入院後2週間）は、3週間に渡ってパルス療法（点滴によるステロイド大量療法）が行われ、病状の改善がみられたため、ステロイド剤の内服治療に切り替えられ、症状の軽減に伴いステロイド剤が減量された。ステロイド大量療法が開始されて以降の発熱はみられなかった。ステロイド剤の副作用は、入院40日頃よりムーンフェイス、20日頃より不眠が主として出現した。

3) 家族

父親、母親、弟の4人家族である。近所に母方の祖父母が居住している。家族の面会は、母親が毎日仕事を終えて夕方に来ており、また父親は週末に来ていた。また、母方の祖母の面会も入院中2～3回あった。

4) 入院環境

B 病院の小児科病棟に入院する。入院後1週間は感染症室である個室で生活し、その後4人部屋へ移室した。4人部屋での同室患児はいずれも年下の小学生であった。同室患児の退院や外泊により1人になることもあった。患児を担当するプライマリナースがおり、患児の入院生活に関する説明や指導はプライマリナースによって行われていた。主治医の回診は短時間ではあるがほぼ毎日あった。入院後25日頃には、医療系学生の実習中で担当されることがあった。院内学級には、入院後35日頃から通学し、それまでは、院内学級の教師が来室してベッドサイドで1時間程度の指導があった。

B-2. 慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの構成要因

1) 病気・入院関連のリスク要因

構成要素の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」が確認できた。また、仮説モデルと適合しない内容が抽出され、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」と命名し、構成要素とした。

(1) 「不確実性」

入院時には入院期間は4～5日であると聞き、入院当初にはすぐに退院できると思っていたが、発熱の原因である病気を明らかにするための検査、その後、入院の治療と続き、いつ頃までこの入院生活が続くのかと予測がつかない状況があった。“友達よりも勉強も遅れている、もの凄く心配だ”と長期化していく入院生活により、学校での学習が長期間に中断されることで友人達と比べて学習の遅れが生じるという思いもあった。原因不明の発熱による入院から、原因となる慢性的に経過する疾患、治療のための長期間に及ぶ入院生活となり、“入院期間がズルズル長くなっている”と感じていた。

(2) 「病気や症状関連の苦痛」

病気に起因する症状の発熱やそれに伴う強い倦怠感、入院2週間後に開始されたステ

ロイド大量療法の副作用によると考えられる強い不眠症状による倦怠感、ムーンフェイスの出現があり、“熱があつてキツいときには寝てばかりで勉強は全くできない、何もできない”、“看護師さんと話もできない”と入院生活での通常の学習や看護師とのコミュニケーションなどの生活行動全般に支障をきたす倦怠感があつた。ステロイド剤の副作用であるムーンフェイスの出現は退院後の学校生活に影響し、精神的な苦痛となっている。

入院後 40 日位から退院後の学校生活について、医療者・学校・家族間で話し合われるようになった。面会にきた教師からは、身体の回復を考慮し徐々になれるために、入院前に所属していたクラスではなく、特別学級に所属することを提案される。しかし、入院前に所属していたクラスで授業を受けたいと強く思っており、病気によって退院後は特別学級に所属するかもしれないという学校生活の制限は、苦痛となった。

(3) 「生活ニーズの制約」

入院から診断が確定するまでは、発熱の原因を特定できずに感染症室（個室）の入院となり、その後はステロイド剤を使用していたことから、生活は病棟内に限られていた。家庭生活に比べて、食事、入浴、テレビの視聴などに制限があつた。“大きい声では話せない”、“テレビも自由にみられない”、“お風呂も時間制で共同みたい”など、病棟の規則や療養環境としての気遣いから、日常の生活行動において自由さが失われていた。

(4) 「連続性の途絶」

入院により学校に行けなくなることについて、“吹奏楽部の大会に参加できない、体育祭に参加できない、部活の練習もできないし、入院が長くなってしまうと思うけどクラブ活動には参加したかった”と、入院期間は 4～5 日であると思っていたこともあり、参加できると思っていた学校のクラブ活動ができないこと、学校行事やその関連の行事に参加できずに、諦めや残念な思いがあつた。

2) 個人のリスク要因

構成要素は、「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」が確認できた。

(1) 「ネガティブな自己認識」

ステロイド剤の大量投与の副作用でムーンフェイスの出現があり、その姿で退院後のクラブ活動の写真撮影に参加することを“嫌だ、心配だ”と思っており、ボディイメージの変化について気にしていた。さらに、退院後の学校生活で身体的な回復を配慮して

教師から提案された特別クラスに入ることにについて“不登校の人たちが入るクラスに入って私も不登校の人と同じように見られるのは嫌だ”と強く主張していた。これは、自分が不登校の生徒のようにみられることに対して強い嫌悪感がみられた。治療の副作用によるムーンフェイスの出現、退院後には身体的な安静のために特別なクラスで学習しなければならない自分自身について、前向きに捉えられない状況があった。

(2)「自己統制感の低下」

入院当初には、学校行事やクラブ活動関連の行事の参加を断念せざるをえないことについて状況となり、“残念だ”、“しょうがない”といった諦めや不安全感があった。慢性的に経過する病気や治療のために、入院期間が長くなると“入院がズルズル長引いて暇だ、退院したい”という思いが強くあり、時間をもてあまし、入院生活に意味を見出すことができずにいた。さらに、退院後の学習やクラブ活動などについては、“勉強が遅れていることがもの凄く心配だ”“退院したら学校に行ってすぐにクラブ活動もしたいけどどうなるかわからない”と、退院後の学校生活の見通しがたたない状態にあった。

ステロイド大量療法によると考えられる不眠症状については、看護師に“どうしているのか全く分からない”といった発言があり、睡眠についての会話も避けるような様子や涙を流す姿もみられ、表情や暗く会話もなくなり、身体的な倦怠感とともに精神的に混乱があった。自分では感情や思考の統制ができない状態を体験していた。

3) 家族の防御要因

構成要素は「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」が確認できた。

(1)「家族の病気や入院に対する受け止め」

母親は病気について聞いたときのことを“病気について聞いたときにはショックだったが、まあしょうがないとすぐに思った、思うようにもした”と語り、自分の子どもの病気について一時的な衝撃はあったが、患児に配慮して、深刻にならないように配慮がされていた。

(2)「家族のサポート・リソース」

患児は、母親の付き添いや母親などの家族の面会、自分を心配してくれる家族の存在に喜びを感じ、“面会に来てくれて嬉しい”、“お母さんがいてくれないと寂しい”と語り、母親の付き添いや面会、家族の面会により、入院での寂しさが緩和され、家族の情緒的サポートがあった。これにより孤独感は緩和し精神的な安寧が得られていた。

患児の病気についての理解を助けるために、母親による病気の説明が、身近な親戚の例をあげ、今後の生活への影響についても具体的にされている。患児にとって信頼できる母親からの病気の説明は、病気の情報を得るとのことのみでなく、精神的緊張を和らげるものであり、母親の情動的・情緒的サポートとなっていたと思われる。入院中の生活全般については、母親と共に食事のことを考える、学校の課題プリントを届けてもらうなどの入院中の生活のサポートがなされていた。さらに、母親は、退院後の学校生活については、慢性疾患という病気の特殊性や長期の入院により身体的な回復を配慮することが必要となるが、退院後の学校生活をスムーズに送るために、教師から積極的に情報収集を行い学習やクラブ活動の調整を行っていた。

4) 社会的防御要因

構成要素の「友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」が確認できた。

(1) 「友人・教師のサポート」

入院 30 日後頃になると、学校の友人や教師の面会があった。教師によって届けられた友人達からのメッセージについて“クラブのみんながいっぱいコメントとか書いたのをもってきてくれた、大事にしている、嬉しかった”と、入院によって学校に行くことができない状況ではあるが、友人や教師とのつながりをもつことができていた。

友人から授業ノートを貸してもらい、そこには友人から患児へのコメントも書かれており、このような友人とのやりとりに対して“友人の存在は大きい、入院も部活もがんばろうと思った”と語られ、友人の存在が入院生活を送る上での支えとなっていた。さらに、面会時の教師による退院後の学校生活についての情報提供などがあった。

(2) 「ヘルスケアリソース」

医師による不眠に対する内服薬の処方、医師や看護師による病気や治療に関する説明、看護師による内服薬の管理、入浴の方法など入院生活全般についてサポートがある。また、生活指導、患者が悩んでいる不眠の解決にむけての相談相手となり、解決に向けて共に考え、励ましのサポートがある。さらに、院内学級の教員による学習に関するサポート、実習中の看護学生や医学生による学習に関するサポートがあり、共に過ごすことにより、“話しかけてくれて良かった、時間もつぶれた”と語られ、“寂しさ”や長期の入院生活に対する“暇だ”という思いが緩和されていた。

5) 個人的防御要因

構成要素の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」が確認できた。

(1) 「人との関係調整をしながら問題に取り組む」

患児は、入院2週間後に開始された治療の副作用による不眠状態を改善したいと取り組んだ。医師とは治療薬やその副作用について“先生もそうだと言っていた。薬が終わったらよくなると思うって言っていた”と、治療に関するやりとりがあった。また、看護師とは、強い不眠の状態があった時に自分から看護師に“どうすればいいかわからない”と訴えて、対策方法について看護師に相談し、看護師と共に考えながら支えとし、提案された対策方法を、自分ができること、できないことを体調にあわせて考え、また、不眠の原因やそれに対する対処の効果を判断し、自分なりに不眠の対応を行っていき取り組んだ。その時のことについて“夜に眠るために病棟内を歩いたりして運動してみた、昼に眠くなってもがまんするようにした”と語った。自分の現在の生活にとってどのようなサポートが得られるのかを意識しながら、相談の相手や助けとし積極的なやりとりがされていた。

退院後の学校生活にスムーズに復帰できるように、学習を病気や入院による身体的状態や環境に合わせて自分のペースで行おうとしており、学習の遅れを考え退院後には補習授業の参加を計画している。クラブ活動について、退院後の復帰に向けて担当の教員から情報を得ることを考え取り組んでいた。

6) 結果要因

構成要素は、「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」が確認できた。

(1) 「セルフケアの獲得」と共に「帰属意識の継続」;

入院生活の自立と退院後の学校生活の準備がある。退院後の学校生活を充実させるために、入院中の学習の遅れを取り戻すために学習をし、また、吹奏楽部での活動が中断されたことによって練習ができないことを、楽譜をみることなどで補い、退院後の生活の準備をしていた。これらのことは、入院中でこれまでの学校生活とは分離されている状況ではあるが、自分は中学生三年生であり、また吹奏楽部の一員であるという帰属意識をもっているためである。

入院生活の自立については、セルフケアを獲得しその結果として、清潔、薬の管理、学習など生活全般にわたってみられた。自分の意思を明確に医療関係者に対して伝え

ることができ、看護者と有意義なコミュニケーションをとり、そのことを通じてスムーズに自立した生活を送っていることを「病院に慣れてきた」と自覚し、自分が入院し治療を受ける患者であることを認識していた。

(2) 「帰属意識の継続」

家族の支えを認識しサポートを得て、治療や入院生活を送ることを受け入れ、入院環境に応じた生活を送っていた。また、入院により学校には行っていないが、教師や友人のサポートを得てそのことに喜びを感じ、面会での友人とのやりとりでつながりをもつことを実感し、学習の遅れを取り戻そうと学習しており、学習面やクラブ活動の復帰などの退院後の学校生活について考え、入院中の生活を送っていた。

家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員としての行動がみられ、帰属意識の継続があった。退院前に、退院後の学校生活について、復学後しばらく特別クラスで授業を受けるように提案され、学校のクラスへの帰属意識が継続できないのではないかと、帰属意識が脅かされることはあった。

B-3. 命題の検証

1) 命題1：『病気・入院関連のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

病気に起因する発熱、ステロイド剤の大量療法による強い不眠による倦怠感があり、看護師とのコミュニケーション、入院中の学習をはじめとする様々な生活行動をとることが、個人の意思に左右されることなく身体的状況として難しかったことが確認できる。これは、病気・入院関連のリスク要因の発熱や不眠による倦怠感が、入院中の生活の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

2) 命題2：『病気・入院関連のリスク要因』は『個人のリスク要因』を促進する

検査や治療のためにズルズルと長引く入院期間、長期間の学習の中断による学習の遅れがあるという思い、ムーンフェイスの出現、退院後の学校生活での制限、生活におけるニーズの抑制、入院前に所属していた社会からの分離がある。これは、個人リスク要因である自分に起きていることを前向きに捉えられないという「自己認識」、自分の感情や行動や思考を統制できない「自己コントロール感」の低下を促進することが考えられる。

3) 命題3 :『個人のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

ボディイメージの変化や退院後に不登校の生徒同じクラスになり、自分も不登校のせいとだと見られるなどの「自己認識」、退院後の学校生活の見通しがたたないことや強い不眠症状による精神的混乱があり「自己コントロール感」の低下が確認できる。これは、結果要因の「帰属意識の継続」、「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

4) 命題4 :『個人のリスク要因』は『個人的防御要因』を抑制する

退院後の学校生活の見通しがたたないことや強い不眠症状による精神的混乱があり「自己コントロール感」の低下は、個人的防御の精神的な安寧を維持し「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」ことを抑制することが考えられる。

5) 命題5『家族の防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

母親の病気についての一時的な衝撃はあったが“まあ、しょうがない”きりかえをした「母親の病気に対する受け止め」、患児への信頼できる最も身近な母親からの病気の説明は、個人リスク要因の「自己のネガティブな認識」「自己コントロール感」の低下を抑制することが考えられる。

6) 命題6 :『家族の防御要因』は『結果要因』を促進する

母親の入院中の生活のサポート、患児が退院後の生活をスムーズに送れるように教師と連絡をとって退院後の学校での生活環境を整えるためのサポートは、結果要因の「セルフケアの獲得」を促進することが考えられる。

7) 命題7 :『家族の防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

家族の付き添いや面会による情緒サポートで、患児は精神的安寧を得ることができ、また母親とともに入院生活について考えること、課題プリントを届けるなどのサポートは、個人的防御要因の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

8) 命題8 :『社会的防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

友人や教師の面会や届けられた友人からのメッセージなどの「友人・教師の情緒的サポート」、看護学生や医学生と関わることで得られた“寂しい”“暇だ”という思いの緩和は、個人のリスクの「自己コントロール」の低下を抑制することが考えられる。

9) 命題9 :『社会的防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

友人や教師の面会や学習に関するサポート、看護師、医師、看護学生、医学生、院内学級の教員による、入院生活のサポートは、個人的防御要因を促進することが考えら

れる。

10) 命題 10 :『社会的防御要因』は『結果要因』を促進する

入院生活を整えるための「ヘルスケアリソース」は、結果要因の「セルフケアの獲得」を促進する。また、友人や教師の面会や届けられた友人からのメッセージなどでつながりがある環境は、中学性であるという、結果要因の「帰属意識の継続」を促進する。

11) 命題 11 :「個人的防御要因」は「結果要因」を促進する

家族、学校の友人、教師、看護学生、医学生、医師、看護師と関係を調整しながら、自分のスタイルを壊すことなく積極的な関係調整があり、不眠状態の改善、学習に取り組んでいる「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」は、結果要因の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

(3) 【ケース C】の結果レポート

C-1. データの収集

入院中の患児に 2 回、母親に 1 回、プライマリナースに 1 回のインタビューを行った。患児には、1 回目が入院後 28 日目、2 回目が 34 日目、母親には 46 日目、プライマリナースには 45 日目にインタビューを行った。医療情報に関する病名、検査、治療の経過については、電子カルテから患児の 1 回目と 2 回目の面接日に収集した。

C-2 ケースの基礎情報

1) 患児の背景

年齢：16 歳

性別：女児

学年：高校 1 年生

学校活動など：

1 学期の終わりから夏休みにかけての入院となった。介護福祉関係の専門コースのクラスである。茶道部に所属している。授業は基礎科目と介護福祉関係の専門科目があり、夏休み中の課題は多くあった。将来は介護士になろうと思っている。

2) 入院に至る病気・治療とその経過

疾患：慢性腎疾患

入院期間：34 日間

中学 1 年生の時に、慢性腎疾患を発症し内服治療で状態は安定し、経過観察をして様子をみていた。検査結果が病状の悪化が確認され、今回の入院の 20 日前に腎生検のため 3 日間の短期入院をした。

今回の入院は、腎生検の結果、ステロイド大量療法の治療目的で入院であった。入院から 2 日後より 3 週間に渡ってパルス療法（点滴によるステロイド大量療法）が行われ、病状の改善がみられたため、ステロイド剤の内服治療にきりかえられた。自覚症状はなく、血尿も入院時より消失していた。ステロイド剤の副作用は、パルス療法を開始直後より、ステロイド剤を点滴で投与中には、強い頭痛と嘔気がみられたが、パルス療法が終了し内服治療に切り替わって以降は消失した。退院前（入

院から 30 日前後) には、ごく軽度のムーンフェイスが出現した。

3) 家族

母親、兄の 3 人家族である。

家族の面会は、母親の面会が毎日仕事を終えて夕方であり、また、祖母の面会が入院中 2~3 回あった。

4) 入院環境

B 病院の小児科病棟の 4 人部屋に入院する。入院中の同室者には、中学性の患児 2 名がいた。患児には、入院中のケア計画などを主になって行う担当のプライマリナースがおり、患児の入院生活に関する説明や指導はプライマリナースによって実施された。主治医の回診は短時間ではあるがほぼ毎日あった。病気や治療についての説明は、主治医によって行われた。

C-3. 慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの構成要因

1) 病気・入院関連のリスク要因

構成要素の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」が確認できた。また、仮説モデルと適合しない内容が抽出され、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」と命名し、構成要素とした。

(1) 「不確実性」

中学校 1 年生の時に発症し、2 年間は内服治療で病状は安定していた。患児は“なんともなかったし、病状も悪くなっている感じはなかった”と、自分の身体感覚では病気の悪化は感じていなかったため、今回の病状の悪化による入院・治療は、予測もしていなかったことで、入院当初は、非常にショックであり辛いことだと感じていた。今の状態については、“深刻だな”と治療を受けなければならないと捉え、慢性的に経過し中々予測がつかない病状の変化に対して困惑もしていた。

(2) 「病気や症状関連の苦痛」

入院後 2 日目から開始されたステロイド大量療法による副作用で、強い頭痛と嘔気・嘔吐が出現した。“点滴の治療が一番辛かった、頭が痛くなったり、吐いたりがあつてキツかった、胃にモノがあるような感じがずっとしてムカムカがあり食欲が全くなかった”と倦怠感や胃部の不快感も伴う身体的な苦痛があり、それは食事摂取にも影響した。さらに“頭痛と吐き気が強い時には、キツいために勉強にはぜんぜん手がつけられなか

った”と強い苦痛のために学習や、看護師とのコミュニケーション、服薬行動などの生活行動全般に支障をきたした。また、ステロイド剤を静脈注射する直前には、“憂鬱そうにしている”様子がみられ、治療に対して精神的な苦痛があった。

(3)「生活ニーズの制約」

入院生活は、大量のステロイド剤を使用していたことから、感染予防のため病棟内に限られていた。家庭での日常生活と比べ、食事、入浴、テレビの視聴などに制限があり、“普段の生活と流れが違っていたりするので大変だ”と生活行動に加え、入院前とは異なる生活全般の時間的な流れに対して、不便さを感じており、生活ニーズの制約を感じていた。

(4)「連続性の途絶」

入院治療期間については、1ヶ月半あり、“とにかく長い”と思っており、特に、学習が遅れることや夏休みの課題の達成などについて心配があり、入院期間が長いことに不安を感じていた。入院は、高校の夏休みの期間とほぼ重なった時期であったが、漠然と予定していた夏休み中の学習や学習以外の活動の計画は、入院することによって中断せざるをえない状況となった。“せっかくの夏休みは遊びたいなと思っていたけれど入院することになってしまっただけで残念だ”と入院前の生活が途絶えたと感じ、残念な思いをしていた。

2) 個人のリスク要因

構成要素の「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」が確認できた。

(1)「ネガティブな自己認識」

入院前に外来で医師から、現在の病状について説明を聞き、発病してからこれまで2年間は内服薬で安定していたが、入院治療を必要とする病状へと悪化がみられていることが告げられた時のことを“ちょっと涙目になって辛かった、深刻だと思った”と語り、自分の体の健康状態について冷静に捉えられずに困惑しており、入院当初は、自分自身について前向きに捉えられない認識があったと考えられる。

(2)「自己コントロール感」

ステロイド大量療法するとき、副作用で強い頭痛や嘔気・嘔吐、気分不快などの身体症状を体験していた。非常につらく、自分でもどうしてよいかわからずに“テレビや携帯

をあたったりしていた”と、何とか自分で気を紛らそうとする状態があった。副作用が強い時のことを“キツイときには、勉強がぜんぜんできない”と語り、勉強の計画も立たない状態であった。辛い身体症状に対して気を紛らわすことしかできない、勉強さえする気にならないことに対して、自分で感情や行動の統制感が低下していたことが考えられる。

入院時には入院生活が長いと感じ“早く家に帰りたい”と退院への思いを強くすると共に、退院後の学校生活を思うと“大変だ”と入院することにより、学習計画が立たずに不安に思っていた。

3) 家族の防御要因

構成要素は「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」が確認できた。

(1) 「家族の病気や入院に対する受け止め」

患児のキーパーソンとなる母親は、病気について、本人の身体的な苦痛を伴う症状の出現がないこと、また、2年前に発症しており、今回はじめて明らかになったのではないこともあり、患児の病気や入院については冷静に受け止めているが、入院により学校の行事に参加できなくなった事などについて、“学校行事に友達と一緒に参加できなくてかわいそうだ”と患児の気持ちを思いやる様子がみられた。

(2) 「家族のサポート・リソース」

患児は、毎日の母親の面会に喜びを感じ精神的安寧を得ている。特にステロイド剤大量療法時の最も辛い時期の母親の面会については、精神的な助けになったことを実感している。仕事帰りに面会に来てくれる母親に対して、“母親は毎日仕事も忙しく大変だと思うが仕事帰りに来てくれてとても助かる、嬉しい”と気づかいや感謝の思いがあった。

4) 社会的防御要因

構成要素は「入院中の仲間のサポート」、「友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」が確認できた。

(1) 「入院中の仲間のサポート」

入院2週間後頃に同室となった年下の中学生の患児と友達となった。生活の場を共にしながら家のことについて話をしたり、テレビを見るなどして笑ったりすることで、

楽しいと思える時間を過ごすことができていた。一方、同じような治療をしている患児とは、治療の話しをすることや、“自分と同じ治療をしていない人にはわからないと思うけれど”と、治療の嫌な体験などについて分かり合える感情や気持ちを共有できることを体験していた。この同じ治療をしている同室患児との関わりからは、“元気がもらえる”と語り、仲間の存在や会話や共に過ごすことは精神的なサポートとなっており、入院生活の励みになっていた。

(2)「友人・教師の情報サポート」

学校のクラスやクラブ活動の友達が、2週間に1回くらいの割合で面会にきていた。友達の面会では、“学校のこと”や“入院中のこと”を話し“元気がでる、頑張ろうと思える”と、会うことに喜びを感じ、入院生活の励みにしていた。学校の友達が、自分の入院中の生活や体験をわかってくれることは、入院による途絶している学校や友達とつながり、孤独な気持ちを和らげることになっていたと考えられる。

学校の担任教師の面会は2回あった。教師とは、自分の“病気”や心配事であった“夏休みの課題”について話し、“家庭訪問”のような感じであったと表現している。担任教師と病気や学習についての情報の交換は、退院後の学校生活における心配事が減じ、対処する手段を手に入れることになっていた。

(3)「ヘルスケアリソース」

医師と看護師によるサポートとして、病気や治療に関する説明、副作用が出現した時のケアが語られた。病気や治療に関する説明は医師から直接に受けていた。ステロイドの副作用であるニキビ、精神的不安定、成長への影響、白内障への可能性についても説明を受け、将来、健康問題が生じる可能性も理解していた。

看護師からのサポートとして、パルス療法中に頭痛・吐き気があるとき“つらいね”と心配し励ましてくれたこと、苦痛を和らげるための薬を“出してもらった”ことが語られた。患児は、看護師が自分の今の苦痛を理解してくれていること、苦痛を緩和する手助けしようとしていることを受け止めていた。

5) 個人的防御要因

構成要素の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」が確認できた。

(1)「人との関係調整をしながら問題に取り組む」；

入院当初より学校の学習のことが気がかりになっていた。“遅れたらわかんなくなるか

ら”と学習の進度に遅れないように勉強することと、退院したら直ぐに学校が始まることから夏休みの課題を行うことを決めていた。しかし、体調が悪いときには学習へのやる気もおこらない自分の状況から、“体調をみながら、やる気がおきたら学習する”方法をとっている。治療3クール目になると、“月曜日が一番キツイ”と、自分の体調と治療との関連を把握し、月曜日以外の体調の良いときに、“やれるときに”、“できるところまで”学習しようと考えようになり、治療の進行や自分の体調を配慮しながら、体調と学習との調整をはかり自分のペースで学習を進めるようになっていた。また、友人からノートを借りる、面会にきた担任と夏休みの課題について話をするなどの、学校関係の人々にはたらきかけ、効果的に学習がすすむように取り組んでいた。

母親の面会に喜びを感じ、“治療の2クール目の辛いときに来てくれて助かった”と、母親が治療の副作用で身体的、精神的に最も不安定な時に支えになっていることを実感していた。一方、“仕事帰りで大変だと思うけど”と、仕事帰りに自分のために来てくれる母親に対して、気づかいや感謝の思いを持っていた。

同室の患児は、自分より年下の中学生であった。日常的には、同室児と話したり一緒にテレビをみたりすることを楽しんでいた。同室の患児の中で、同じ治療をしている患児とは“同じような治療をしている人も一人いて歳は下だけど、治療の話したり、点滴でにがい感じがするのがある薬があるけど、他の人には分からないと思う”と語られ、他の患児とは区別した関係をとっており、治療についての感情や知識の共有を行っていた。医師や看護師からは病気や治療に関する説明、副作用が出現した時にはケア受け、病気や治療や入院生活に関わる専門家としての支えを意識して関係調整を行っていた。

6) 結果要因

構成要素の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」が確認できた。

(1) 「セルフケアの獲得」

入院2週間後より、自分の体調を配慮しながら学習計画を立て、“夏休みの課題はほぼ終わっている”と計画通りに、入院環境にあわせて学習を進めていた。また、病気や治療に関連したことについては、ヘルスケアリソースの看護師と有意義なコミュニケーションをとり、説明や指導を受けながら、内服管理を自分から申し出るなど積極的に取り組んでいた。さらに、自分の将来の目標と関連させ、“入院して看護師さんに会ったのは良かったと思う。これから介護の仕事のこととかを考えると、介護と看護って似てる

いから、その接し方とかはちょっと学べたと思った”と病気の治療以外の自分なりに入院の意味づけをし、スムーズに自立した生活を送っていた。

(2) 「帰属意識の継続」

毎日の母親の面会に喜びを感じ精神的安寧を得て、精神的な助けになったことを実感し、教師や友人の面会があり、そのことに喜びを感じ入院生活の励みにし、積極的に学習に取り組んでいた。また、内服管理なども自分から申し出るなど患者としての行動もとれている。家族の一員、学校の生徒の一員、入院患者の一員としての行動がみられ、帰属意識の継続があった。

C-4. 命題の検証

1) 命題1：『病気・入院関連のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

ステロイド剤の大量療法の副作用による強い頭痛や嘔気・嘔吐あり、そのため、入院中の学習をはじめとする様々な生活行動をとることや看護師とのコミュニケーションにも影響し、個人の意思に左右されることなく身体的状況として、これらの行動をとることが難しかった。これは、病気・入院関連のリスク要因の「病気や症状関連の苦痛」が入院中の生活の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

2) 命題2：『病気・入院関連のリスク要因』は『個人のリスク要因』を促進する

「不確実性」の病気の悪化や長期間の入院生活が必要になったこと、治療のための薬の副作用による頭痛や嘔気・嘔吐などの「病気や症状関連の苦痛」、日常生活とは異なる不自由さである「生活ニーズの制約」は、個人のリスク要因である自分に起きていることを前向きに捉えられないという「ネガティブな自己認識」、自分の感情や行動や思考を統制できない「自己統制感の低下」を促進することが考えられる。

3) 命題3：『個人のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

病状の悪化に対する精神的な動揺をともなう「ネガティブな自己認識」、ステロイド剤の副作用による強い頭痛や嘔気・嘔吐により身体の統制がとれないことや退院後の学校での学習に対する不安の「自己統制感の低下」は、結果要因の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

4) 命題4：『個人のリスク要因』は『個人的防御要因』を抑制する

確認できなかった。

5) 命題5 :『家族の防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

母親の冷静な「病気に対する受け止め」、「家族のサポート」の母親の面会により得られた精神的安寧は、個人リスク要因の「ネガティブな自己認識」「自己統制感の低下」を抑制することが考えられる。

6) 命題6 :『家族の防御要因』は『結果要因』を促進する

確認できない。

7) 命題7 :『家族の防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

母親の面会により得られた精神的安寧や母親への気づかいや感謝の思いは、個人的防御要因の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

8) 命題8 :『社会的防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

看護師の精神的サポートは『個人のリスク要因』を抑制することが考えられる。

9) 命題9 :『社会的防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

共に入院生活を送る仲間の存在やその仲間との会話、友人や教師の面会による「入院中の仲間のサポート」、「友人・教師のサポート」は、看護師や医師の「ヘルスケアリソース」は、個人的防御要因の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

10) 命題10 :『社会的防御要因』は『結果要因』を促進する

共に入院生活を送る仲間の存在やその仲間との会話、友人や教師の面会による「入院中の仲間のサポート」、「友人・教師の情報サポート」、看護師や医師の「ヘルスケアリソース」は、結果要因の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

11) 命題11 :『個人的防御要因』は『結果要因』を促進する

母親、学校の友人、教師、入院中の仲間との関係を調整しながら、入院中の生活に取り組む「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」は、結果要因の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

(4) 【ケース D】の結果レポート

D-1. データの収集

入院中の患児に2回、母親に1回、プライマリナースに1回のインタビューを行った。インタビューの時期は、患児には1回目が入院後41日目、2回目は43日目、母親には44日目、プライマリナースには45日目であった。医療情報に関する病名、検査、治療の経過については、電子カルテから患児の1回目の面接日に収集した。

D-2. ケースの基礎情報

1) 患児の背景

年齢：11歳

性別：女兒

学年：小学5年生

学校生活など：

1学期の終わりから夏休みにかけての入院となった。

学校では、バレーボール部に所属している。

2) 入院に至る病気・治療とその経過

疾患：慢性腎疾患

入院期間：45日間

入院の3日前に血尿があり、ホームドクター（小児科）を受診し、入院による検査や治療のためにX病院を紹介され、小児科病棟に入院する。入院後より、血液検査、尿検査、心臓エコー、心電図などの検査が行われ、入院から2日後に腎生検が行われた。腎生検の翌日はベット上安静となった。検査の結果、病気の診断が確定し、治療方針が決定した。入院より2週間後から、2週間に渡ってパルス療法（点滴によるステロイド大量療法）が行われ、ステロイド剤の内服治療にきりかえられて、ステロイド剤が減量された。パルス療法については、開始時には3週間実施される予定であったが、検査データ結果が良好となり、病状が改善したため2週間(2クール)で終了した。

パルス療法開始後の2日間連日は夜に不穏状態がみられた。これは、ステロイド剤の副作用か、治療に対する恐怖心によるものかは明らかでなかった。その他、消化

器症状、気分不良、ムーンフェイスなどのステロイド剤の副作用の出現はなかった。
食事制限はなかった。

3) 家族

父親、母親、2人きょうだいの5人家族である。

家族の面会は、母親と父親が週に2～3日間来ていた。また、病院の近くに住む祖母の面会が入院当初には数回あった。腎生検やパルス療法開始時には母親が付き添っていた。

4) 入院環境

B病院の小児科病棟の4人部屋に入院する。同室には同学年の患児が隣同士のベッドになるように調整された。同学年の患児は、本患児のパルス療法が開始される頃（入院から2週間）に退院となった。その後、同室には幼児期の患児ばかりとなったため、高校性、中学性、幼児期の母親の付き添いがある患児の4人部屋に移動した。

患児には、入院中のケア計画を主になって行う担当の女性のプライマリナースが1人おり、患児の入院生活に関する説明や指導は主にそのナースによって実施された。主治医の回診は短時間ではあるがほぼ毎日あった。病気や治療についての説明は、主治医によって、患児と母親に行われた。

入院している病院と自宅の距離は40 km以上離れている。

D-3. 慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの構成要因

1) 病気・入院関連のリスク要因

構成要素は、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」が確認できた。

(1) 「病気や症状関連の苦痛」

病院や処置について“注射とかのイメージがあって凄く怖いと思って入院は嫌だった、針が怖くてみるのも嫌だった”と語り、病院についてはもともと怖いところというイメージがあり、入院に対して恐怖心をもっていた。注射の針は見ることも嫌なほど怖く、入院当初より採血や点滴を受ける時は“泣く”ほどに強い苦痛であり、それは恐怖心へと及ぶものであった。

入院2日後に行われた腎生検では、後出血予防のための同一体位による仰臥位安静の保持をしなければならなかった。その時は、“からだがキツイし、しびれてくるし、

ずっと寝て泣いていた”と、泣くことでしか対処できなかった。

(2)「生活ニーズの制約」

家庭での日常生活と比べ、入浴や食事などに制限があり、“普段の生活と流れが違っていたりするので大変だ”と生活行動に加え、生活の時間的な流れなどの送り方に対して不便さを感じ、自由さが失われていた。

入院 2 週間後より行われた点滴治療中は、“トイレやお風呂で邪魔になって大変だった”と持続で点滴が施行されることにより、排泄時や入浴時に不便な思いをしていた。

2) 個人のリスク要因

構成要素は、「ネガティブな自己認識」「自己統制感の低下」が確認できた。

(1)「ネガティブな自己認識」

病気についての説明を受け、腎生検が行われた後に、“自分がなぜこんな病気になったのか、何も悪いことしてないのに”、“元気な子じゃなくてごめんね”と母親に話しをしている。病気になり、嫌な入院生活送らなければならない、嫌な検査を受けなければならない自分自身に不安を感じ、混乱が見られていた。運動が好きで、毎日学校に通っていた患児は、病気で入院して“元気でなくなっている”今の自分について、うけ入れられないでおり、前とは違う自分をネガティブにとらえ、自己への評価を低下が認められた。

(2)「自己統制感の低下」

入院後しばらく間は、入院という状況、採血や点滴などの痛みを伴う処置による強い苦痛、自分の状況のわからなさなどから精神的に不安定な様子がみられた。注射のときも、検査で同じ姿勢で安静しなければならないときも、母親が帰ったあとも“ずっと泣いていた”というように、痛み、辛さ、寂しさ、いらだち、不安、悔しさなどを、泣くことでしか表現できないでいるようであった。小学 5 年生である患児は、自分自身に対するコントロールも、周囲に向けての助けを求めるような行動も発揮できていない状態にあるようであった。

ステロイド大量療法の開始時には、夜中にお腹が痛いと言いつつ転げ回るようにしたかと思うと、ずっと立ち上がって泣いたりするといった不穏状態がみられ、治療に対する不安により精神的な混乱があり、感情や行動の統制がきかない状態があった。

3) 家族の防御要因

構成要素は「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」、「家族の雰囲気」が確認できた。

(1) 「家族の病気や入院に対する受け止め」

入院後に医師から診断名を聞いたが、初めて聞く病名であった。医師からの説明後に、直ぐに疾患について調べたインターネット情報から、母親は病気の回復や予後についてさらに心配が増えていた。母親は、現在（病状が回復し、退院が近づいている）は、患時の病気について、患児の就職や出産などの将来の生活のことも視野に入れ、心配や不安を抱えているが、子どもの病気に “つきあっていくしかない” と冷静に受け止めていた。

(2) 「家族のサポート」

両親は働き、きょうだいがいることや、病院までの距離が遠い状況にあったが、父母は週末の他に週に1回は両親のどちらかが面会に行くようにしていた。患児は、“よく来てくれる、とても嬉しい” と語り、母親と父親、祖母の面会は嬉しいことであり、自分を心配してくれる家族の存在を支えと感じていた。面会にきた家族といるときには安心感がえられ、寂しさが緩和されていた。

母親からは病気についての情報も得ていた。主治医による病気や治療についての情報や説明は母親にされ、それらを母親が患児に話す方法がとられていた。病院や入院に対して恐怖心をもっている患児にとって、母親からの病気や治療の説明は、自分に生じている出来事理解を促し、精神的にも緊張を緩和するものとなった。さらに母親が、自分が体験する嫌な症状である治療の副作用について、話をしてくれることに対して、“副作用のことはお母さんから聞いてちょっとは安心した” と母親に対しての信頼が見られ、安心感を得られていた。

母親は、学校の教師へと患児の病気などについて情報提供がされた。

(3) 「家族の雰囲気」

家族について “父親は野球をしていて、少年チームの監督もしている、お父さんのことは好きだ。休日には “お友達を呼んだりしてお食事会を開いたりして楽しい” と楽しい日常的な家族生活の様子を語り、信頼でき支えとなる家族であるという認識があった。

4) 社会的防御要因

構成要素は「入院中の仲間のサポート」、「ヘルスケアリソース」が確認できた。

(1) 「入院中の仲間のサポート」

入院後 4～5 日目に、同じ歳の患児（以後 F 患児）が入院し、患児の隣のベッドになった。F 患児とのことについて“友達になって、カーテンを開けていっぱい話して、夜も泣かないようになった、仲良くなって、一緒に遊んでとても楽しかった”と、それまでいつも閉じていたベッドの周囲のカーテンを開けて話し、共に遊び楽しい時間をもっていた。また、F 患児について“大変な病気らしいのに、その子も頑張っているし私も頑張らなければと思った”と、F 患児の病気療養に取り組む姿勢を前向きに評価し、自分も負けないう頑張ろうと F 患児から、入院して療養生活を送る力を得ていた。

F 患児の退院後（入院 2 週間後）、患児より年上の中学生と高校生と同室となった。年上の同室児については、“〇〇ちゃんには髪を三つ編みにしてあげた”、“〇〇ちゃんはいつも勉強している”と関心を示し、“私は今日採血頑張ったよ”などと治療や処置について話し共有するといったやりとりがあり、“〇〇ちゃんもがんばっているから”という発言もみられ、入院生活の楽しみや励ましとなった。

(2) 「ヘルスケアリソース」

医師や看護師については、“先生たちは治療を頑張ってくれている”と自分をサポートしてくれる人だと認識し、看護師からのサポートについては、具体的には腎生検の後の痛みが強い時にマッサージしてくれたこと、薬についての説明をしてもらったことを挙げている。医師のサポートとしては、具体的は退院後の学校生活（クラブ活動）についての相談が挙げられた。

看護師は、患児が同年代の子どもと同室となるように、病室の人的環境を整えていた。

5) 個人的防御要因

構成要素は「人との関係調整をしながら問題に取り組む」が確認できた。

(1) 「人との関係調整をしながら問題に取り組む」

患児は、入院当初に同室となった同年齢の患児と友人となり、さびしさが緩和され、また、その患児の様子をみて自分も頑張ろうと励みしていたが、その患児が退院した後には、新たに年上の入院患児達の病室に移室した。患児は、同室児に対して、自分

から“ゲームの話をきっかけに頑張って話しかけた、笑わせようと変な顔をしてきっかけを作って、私からから話しかけた”と、いろいろな方法を考え話すきっかけを、自分なりに工夫して作り、仲間関係をつくるための取り組みを積極的に行っていた。また、“私は髪をあたるのが好きで向かいのお姉ちゃんの髪を三つ編みにしてあげて、斜め前のお姉ちゃんはお勉強ができて、お勉強をみせてもらった”と、患児自身ができることや同室児のそれぞれの特性も知って、同室患児との関係を調整しながら仲間づくりに取り組んだ。

入院当初は、看護師や医師は少し怖かった。入院後しばらくしてから、医師や看護師に“頑張って話しかける”ようにしようと決め、話しかけることを行い、入院後半頃には“検査についても聞けるようになった”と自分の行為を評価した。検査（採血）は、患児にとって、最もストレスとなる関心事であり、このことを医療者に聞いたり話したりすることは、注射を受ける心の準備となっており、注射の日程などはその日の担当看護師に“受け持ちだから”と聞く様子がみられ、尋ねる相手も決めて話しかけていたことが推測された。また、普通の話の内容の時と、注射などの医療に関する話の時の言葉遣いは違えており、患児の明確な意思が感じられた。

入院からしばらく、採血や点滴注射のとき痛くて怖くてずっと泣いていた患児が、採血時には、“泣かない”と決意し、泣かないで採血を受けるようになっていた。患児は持続点滴注射のとき、“痛くて凄く泣いて何回も針を刺すことになった、そうしたらその時に先生がその事を気にしていた”ということが気になり、“注射は好きって言っとかないと、先生がかわいそうになったし、先生が注射できなくなるような気がした。だから、それからは採血の時にも泣きたい気分になることはあるけれど絶対に泣かない”と、泣かないと決めた出来事と理由について語られた。自分の行動が、医師の役割である“注射”行為に影響し、注射が出来なくなるかもしれない医師に対する心配や心遣いから、“泣きたい気分になるが絶対に泣かない”と、採血や点滴がスムーズに進行するように取り組んでいた。

6) 結果要因

構成要素は、「セルフケアの獲得」と共に「帰属意識の継続」が確認できた。

(1) 「セルフケアの獲得」

入院当初には、痛みを伴う検査や処置に対して恐怖心をもち、泣くという対処をと

っていたが、入院4週間後頃より、感情のコントロールができ、冷静に対応できるようになり、医療関係者との関係を調整し、同室の患児と仲間関係を築き、寂しさや恐怖心をもっていた入院生活に楽しみを見出している。そのことについて“同じお部屋のお姉ちゃん達とお話し、色々と一緒にして楽しい、お風呂は全部自分で時間の予約をいれて、食事などもすべて自分でやるようになった”と語っており、セルフケアを獲得し、清潔、薬の管理、学習など生活全般にわたって自立した。

(2)「帰属意識の継続」

母親と父親、祖母の面会は嬉しく感じ、自分を心配してくれる家族の存在を支えとし、また、入院中の仲間をつくり、医師や看護師について自分をサポートしてくれる人だと認識しサポートを得ながら入院生活を送っていた。清潔、薬の管理、学習など生活行動がとれており、家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員としての帰属意識の継続があった。

D-4. 命題の検証

- 1) 命題1：『病気・入院関連のリスク要因』は『結果要因』を抑制する
確認されなかった

- 2) 命題2：『病気・入院関連のリスク要因』は『個人のリスク要因』を促進する
採血や点滴などの痛みを伴う処置に対する強い苦痛や恐怖心、病院というと痛い注射が連想されるといった「病気や症状関連の苦痛」、家庭生活とは異なる「生活ニーズの制約」は、『個人のリスク要因』を促進することが考えられる。

- 3) 命題3：『個人のリスク要因』は『結果要因』を抑制する
病気や嫌な検査や処置を受けなければならない自分に対する受け入れ難い思いの「自己認識」、採血や点滴などの痛みを伴う処置に対して強い苦痛と恐怖心による精神的な不安定や治療による精神的混乱の「自己統制感の低下」は、結果要因の「帰属意識の継続」、「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

- 4) 命題4『個人のリスク要因』は『個人的防御要因』を抑制する
病気や嫌な検査や処置を受けなければならない自分に対する受け入れ難い思いの「ネガティブな自己認識」、採血や点滴などの痛みを伴う処置に対して強い苦痛と恐怖心による精神的な安定や治療による精神的混乱の「自己統制感の低下」は、「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」ことを抑制することが考えられる。

5) 命題5 :『家族の防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

家族の情緒的サポートにより安心感や寂しさが緩和され、個人リスクの「自己統制感の低下」、を抑制することが考えられる。

6) 命題6 :『家族の防御要因』は『結果要因』を促進する

家族の情緒的サポートや母親の学校の教師との連絡調整は、結果要因の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

7) 命題7 :『家族の防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

家族の情緒サポートで、患児は精神的安寧を得ることができ、個人的防御要因の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進する。

8) 命題8 :『社会的防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

「入院中の仲間のサポート」は、精神的安寧や入院生活の楽しみや励みとなり、個人のリスクの「自己統制感の低下」を抑制することが考えられる。

9) 命題9 :『社会的防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

「入院中の仲間のサポート」は精神的安寧や入院生活の楽しみや励みとなり、また、看護師や医師の「ヘルスケアリソース」は、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

10) 命題10 :『社会的防御要因』は『結果要因』を促進する

同室患児との関わりの「入院中の仲間のサポート」、「ヘルスケアリソース」は、『結果要因』の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

11) 命題11 :『個人的防御要因』は『結果要因』を促進する

同室患児との仲間づくり、医師、看護師との関係調整をしながら、入院生活の自立に向けての取り組みは、『結果要因』の「セルフケアの獲得」、「社会への帰属意識」を促進することが考えられる。

(5) 【ケース E】の結果レポート

E-1. データの収集

入院中の患児に 2 回、母親に 1 回、プライマリナースに 1 回のインタビューを行った。患児には 1 回目が入院後 26 日目、2 回目が 27 日目、母親には 26 日目、プライマリナースには 27 日にインタビューを行った。医療情報に関する病名、検査、治療の経過については、電子カルテから患児の 1 回目の面接日に収集した。

E-2. ケースの基礎情報

1) 患児の背景

年齢：13 歳

性別：男児

学年：中学 1 年生

学校活動など：

1 学期の終わりから夏休みにかけての入院であった。学校生活では、歩行障害があるため、車椅子か杖をついての移動している。また、体育の授業は、激しい歩行運動が必要な内容の時には見学するが、それ以外は参加していた。体育以外の授業は特に制限などはない。通学は杖を使用していた。

2) 入院に至る病気・治療とその経過

疾患：右下肢の疾患

入院期間：31 日間

右下肢の外科的治療のために、これまでに 3～4 週間の入院経験が 4 回ある。最終は小学 4 年生の時であった。今回は、右下肢の矯正術と外固定器装着術を目的とした入院であった。今回の手術について、患児は外来受診時に医師から手術の必要性について説明を受け、手術の時期については意見を求められ、患児の意向にそって決定された。外来で説明を受けてから 2 週間後に入院し、入院後 2 日目に全身麻酔下で手術が行われた。

手術後には全身状態も安定し、創部からの感染症状もなく経過した。手術後 7 日目より理学療法士によるリハビリテーションが開始され、土・日曜日を除く毎日行

われた。予定通りの 1 ヶ月の入院期間であった。手術後には右下肢に膝関節を含む大腿から下腿にかけて外固定器が装着され、これは退院後も 1 年間は継続が予定されていた。

3) 家族

父親、母親、弟 2 人の 5 人家族である。

母親の面会はほぼ毎日あり、週末には父親の面会があり、弟達の面会も夏休み中のこともあり頻回にあった。両親の祖父母の面会も入院中に 2 回程あった。

4) 入院環境

B 病院の整形外科病棟の 4 人部屋に入院した。同室者の 3 人は成人期の男性であった。今回入院した病院には 3 回目の入院で、3 年前の小学 4 年生時に入院している。しかし、病院の改修によって前回の入院と病棟の構造が変わっていた。病棟には、患児を担当する女性のプライマリナースが 1 人いて、入院生活に関する説明や指導は主に彼女によって計画され実施された。男性の主治医は、病気や治療についての説明を行い、毎日の回診では装具の調整を行っていた。手術後 7 日から開始されたリハビリテーションは、月曜日から金曜日の毎日 1 時間程度、病棟に隣接する理学療法室で、理学療養士の指導で行われた。

E-3. 慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの構成要因

1) 病気・入院関連のリスク要因

構成要素の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」が確認できた。また、仮説モデルと適合しない内容が抽出され、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」と命名し、構成要素とした。

(1) 「不確実性」

先天性の疾患のために、これまでに 4 回の 3~4 週間の入院と手術を経験し、定期的に外来通院をしていた。今回の手術や入院について、“手術（入院）をする 2 週間前に急に決まった、自分で入院や手術の時期は決めて良いと言われたけれど、急に外来で言われて手術をするのは嫌だと思った”と、手術をしなければならないと告げられたことは、思いがけないことであり予測の範囲外のことであった。

(2) 「病気や症状関連の苦痛」

入院 2 日後に行われた手術に対して、“手術は、これまで何回かしたけれど全く慣

れない、精神的にドキドキしてどうして良いかわからない感じになるのがとても嫌だ”と、手術そのものが自分を脅かすことになっていた。そして、強い緊張感や不安に対して身体や心の反応に自分が対応できないことを苦痛として感じていた。

さらに手術が終了すると、“手術後の痛みは、もの凄くて眠れなかった”と手術後の強い創部の痛みや倦怠感があったことから、長時間の座位をとる姿勢が難しく、手術後の1週間は、学習や遊びなどの生活行動に支障をきたしていた。また、手術に関連してモニター機器などの装着による煩わしさ、数日後の創部の処置時の痛み、装具装着による痛みがあり苦痛だった。

(3)「生活ニーズの制約」

手術後より右下肢に外固定器の装着しており、“1 kg位あって重たいので横を向いたり移動したりするのが不便だ。今は動いたりする時に痛い”と、外固定装具は、体位の変換や移動をはじめとして生活行動全般に影響し、行動を制約することとなっていた。また、入院生活は家庭での日常生活と比べ、食事などに制限があり不便さを感じ自由さが失われていた。

(2)「時間的連続性の中断」

入院した時期には、美術館に行くなどの学校行事への参加も生活の中に組み込んでいたが、手術・入院によって参加できなくなったことをくやしいと思っている。手術の時期の決定にあたっては、学校生活において重要なイベントである修学旅行に参加することを第一義に考えての選択している。連続していた学校生活が、手術や入院によって、突然に中断されることに対する戸惑いや怒りの感情が表現されていた。

2) 個人のリスク要因

構成要素は、「自己統制感の低下」が確認できた。

(1)「自己統制感の低下」

痛みのある手術や注射、自分を脅かす手術は“嫌だ”が、避けることが出来ないものとして受けとめていた。しかし、手術前の自分自身の気持ちや精神状態は、“精神的にドキドキしてどうして良いかわからない感じになる、緊張する、ジェットコースターに乗った時のドキドキする感じが続くような感じだ”と語られた。この感情は手術後まで続くことはなく消失した。

「自己統制感の低下」を示す2つの内容があった。一つは、手術に対する不安や緊

張感のある自分の感情をコントロールできないこと、二つ目は、手術においては自分の身体は他者に委ねられ、自分ではどうすることもできないことによるものであった。

3) 家族の防御要因

構成要素は「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」、「家族の雰囲気」が確認できた。

(1) 「家族の病気や入院に対する受け止め」

母親は患児の病気について、発症したのは乳児期であった。その時には衝撃もあり辛く思っていたが、患児が 13 歳になった今では“つきあいながらやっていくしかない”と冷静に受け止め、患児を見守っていた。患児は、父母、祖父母は自分の手術や入院について心配しているし、早く回復してほしいと思っていると認識していた。

(2) 「家族のサポート」

手術時には母親が付き添ってくれた。入院中の面会は、母親が毎日、父親、弟達は休日などに頻回にあり、家族全員からのサポートを受け、精神的な安寧や入院生活の支えとなった。弟の面会時には一緒にゲームをして過ごし、“うるさいけど楽しい”と語り、兄として嬉しい時間となっていた。また遠くに住む祖父母も“心配して”面会に来て、装着中の装具のカバーを祖母が手製で作ってプレゼントされた。遠いところから面会に来てくれたこと、“さわりごごちの良い”手製のカバーなど、祖父母が患児のことを心配していること、手助けしようとしていることを受け止め、有り難く思っていた。

(3) 「家族の雰囲気」

両親について“お母さんは優しい、僕がトイレに行きたい時までもわかっている、家では生活担当がお母さんで勉強担当はお父さんだ”と、両親の自分に対する思いを感じ、自分を支える家族環境があることを認識していた。弟達については“ケンカばかりするけど仲がいいということかもしれない、うざい時もあるけれど可愛いと思う”日常のやり取りの中で兄としての役割を果たしながら、弟達への愛情をもっていた。

4) 社会的防御要因

構成要素は「友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」が確認できた。

(1) 「友人・教師のサポート」

学校の友人と教師の面会があった。学校の友人は、入院後半頃から3～4回の面会があり、患児も友人が面会に来てくれることを望み、友人にも伝えている。面会時には、ゲームなどを共に行い、楽しいと思える時間をもっていた。

担任教師の面会は、入院後半頃に1回あっている。患児にとっては、退院後の学校生活について、情報交換や相談、調整の機会となり、また担任教師に入院中の自分の生活について話す機会となっていた。入院前と違い、右下肢に装具をつけての学校生活は、患児の心配事となっており、退院後の体育や運動について担任教師と話し合えたことは、“嬉しい”と語り、退院後の生活を考える上で、安心につながり、また情報を得る機会にもなっていた。友人とも入院中の生活について話すことができ“嬉しかった”と語り、“手術したところを友達に見せた、説明するよりも見せる方がわかってもらえる”と、自分の身体状態や体験や知ってほしいと思い、また理解してもらったことを認識していた。

(2)「ヘルスケアリソース」

看護師、医師、理学療法士からのサポートがあった。その内容は、主にリハビリとしての歩行練習と学習を継続することに関することであり、術後の急性期の治療や日常生活に関することについては、ほとんど語られなかった。

リハビリテーションについては、理学療法士と看護師によるサポートがあった。理学療法は身体的疲労や痛みが伴い辛い体験であるが、担当の理学療法士について、“面白いから助かる”、“先生とは仲もいい”と語り、担当の理学療法士の存在と関係がリハビリテーションに取り組む力になっていることを認識していた。看護師は、患児の歩行練習が進まないことに気づき、病棟生活の中で歩行練習が取り入れられるように、床上リハビリテーションの計画や歩行するような声かけを行っていた。患児は、“看護師さんに言われているので、なるべく歩くようにしている”、また“今日はここまです”と看護師に実施した成果を自分から伝え共有するなど、歩行の回復に向けて練習を日常生活の中に主体的に取り入れて実践していた。

学習についての看護師と医師からの声かけについては、“うるさいけど言われなくてもいい、なにも言われないと寂しい”と、自分への理解や関心をもった関わりや支援として受け止め、励みにしており、精神的なサポートとしていた。

5) 個人的防御要因

構成要素は「人との関係調整をしながら問題に取り組む」が確認できた。

(1) 「人との関係調整をしながら問題に取り組む」

入院1週間後くらいより、“勉強やゲームをはじめた”と、入院生活の中に日常性を取りもどすような主体的な取り組み始めている。この時期、患児は手術に関連した痛みや倦怠感などの苦痛はほぼ緩和し、夜間も眠れ、倦怠感もなくなっている状態であった。装具固定部位の移動などに伴う疼痛は持続し、新たな苦痛として手術後数日後から開始されたリハビリテーション時の疼痛が出現していた。これらの痛みの出現は術後の痛みとは異なり、主に創部の操作や右下肢の移動時に生じていた。生活上の移動は車椅子であった。この時期、看護師から提案された一日のタイムスケジュールを看護師とともにたて、一日の過ごし方を考える機会をもっている。

患児の医療者とのコミュニケーションの変化が手術後2週間頃に見られた。看護師の問いに答えるのみであった患児が、自分からリハビリの様子や歩行の回復状況を話すことや、“今日はこうしたい”と、自分の意思を伝えるようになるという変化が、患児にみられた。自分の身体状態やリハビリの経過に関する看護師への報告や確認がされたが、その際、創部の回復状況、手術後より装着された外部固定装具などの影響、入院環境との調整などあわせて行われた。患児は、学習や遊びをバランス良く組み込んで、家族の面会や友人の面会での楽しい時間も設けながら生活を送っていた。

手術直後には、早期の身体的な回復を考え“なるべく早くに車椅子で移動するようにした”と自分で決めている。“本などは手が届くところにセットするようにしている”とベッド周囲の片付けや入浴方法の工夫がされている。リハビリテーションには、疼痛がともなうものの、理学療法士との関わりを楽しみを見出しながら積極的に取り組んだ。退院後の学校生活については、移動などの歩行運動に関して手術後の装具の装着の影響が考えられ、学校までの登校手段や学校内での移動、体育の授業の受け方などについて、家族や面会時に学校の教師に相談しながら計画が立てられた。

6) 結果要因

構成要素は、「セルフケアの獲得」と共に「帰属意識の継続」が確認できた。

(1) 「セルフケアの獲得」

入院して2日後には手術が行われ、その前後には手術に対する緊張による精神の不

安定な状況があり、また手術直後には手術に関連して疼痛や倦怠感などの苦痛があったが、それらの状況の改善がみられた手術から1週間後くらいより、自分の体調を配慮し、手術後に装着された装具による疼痛や生活行動へ影響に対応しながら、入院環境にあわせて、学習や遊び、理学療法をとりいれて入院生活を送った。学習については“夏休みの宿題はほぼ終わらせた”と自分が考えていた目標を達成したことを確認していた。

退院後の学校生活については、移動などの行動に手術後の装具の装着は影響することが考えられ、学校までの登校手段や学校内での移動、体育の授業の受け方などの計画を立てられた。入院生活での「セルフケアを獲得」するとともに、病院に入院中の患儿であり、中学校に所属する生徒として認識をもち入院生活を送っている。

(2)「帰属意識の継続」

母親、父親、弟、祖父母の面会が頻回にあり、家族全員からのサポートを受け、精神的な安寧や入院生活の支えとしていた。学校の友人と教師の面会にもあり、喜びを感じ、また退院後の生活に向けての情報交換の機会となり、精神的なサポートを得ると共に情報のサポートも得て、面会での教師や友人とのやりとりでつながりをもつことを実感し、学習の遅れを取り戻そうと学習をしており、また、入院中にはリハビリテーションもヘルスケアリソースのサポートを得ながら行っている。退院前の自分について“入院中は勉強もリハビリも頑張った”と語っており、家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員としての行動がみられ、帰属意識の継続があった。

E-4. 命題の検証

1) 命題1：『病気・入院関連のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

入院や手術の不確定さである「病気の不確実性」や手術による疼痛は生活行動に支障をきたし、「病気や症状関連の苦痛」が、入院中の生活の「セルフケアの獲得」を抑制することが考えられる。

2) 命題2：『病気・入院関連のリスク要因』は『個人のリスク要因』を促進する

手術による疼痛は生活行動に支障をきたし、「病気や症状関連の苦痛」は、『個人リスク要因』の自分の感情や行動や思考を統制できない「自己統制感の低下」を促進することが考えられる。

3) 命題3 :『個人のリスク要因』は『結果要因』を抑制する

手術前の手術に対する不安や強い緊張による精神的に不安定な状況の「自己統制感の低下」は、入院初期の一時的な状況として確認され、『結果要因』の抑制は確認されない。

4) 命題4 :『個人のリスク要因』は『個人的防御要因』を抑制する

手術前の手術に対する不安や強い緊張による精神的に不安定の「自己統制感の低下」は『個人的防御要因』の抑制は確認されない。

5) 命題5 :『家族の防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

手術時の母親の付き添いの「家族のサポート」は、個人リスク要因の手術前の手術に対する不安や強い緊張による精神的に不安定の「自己統制感の低下」を抑制することが考えられる。

6) 命題6 :『家族の防御要因』は『結果要因』を促進する

母親の冷静な病気の受け止めによる見守りの「家族の病気や入院に対する受け止め」、家族の面会などによる「家族のサポート」、自分を支える家族環境があるという認識の「家族の雰囲気」は、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を促進することが考えられる。

7) 命題7 :『家族の防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

母親の冷静な病気の受け止めによる見守りの「家族の病気や入院に対する受け止め」、家族の面会などによる「家族のサポート」、自分を支える家族環境があるという認識の「家族の雰囲気」は、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進する。

8) 命題8 :『社会的防御要因』は『個人のリスク要因』を抑制する

友人や教師の面会での楽しい時間や教師との退院後の学校生活についての調整である「友人・教師のサポート」や看護師や医師や理学療法士の「ヘルスケアリソース」は、手術後の身体的に安定した時期に確認され、これは、手術前の手術に対する不安や強い緊張による精神的に不安定の『個人リスク要因』の「自己統制感の低下」の抑制との関連は確認できない。

9) 命題9 :『社会的防御要因』は『個人的防御要因』を促進する

友人や教師の面会での楽しい時間や教師との退院後の学校生活についての調整であ

る「友人・教師のサポート」や看護師や医師や理学療法士の「ヘルスケアリソース」は、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」を促進することが考えられる。

10) 命題 10 : 『社会的防御要因』は『結果要因』を促進する

友人や教師の面会での楽しい時間や教師との退院後の学校生活についての調整である「友人・教師のサポート」や看護師や医師や理学療法士の「ヘルスケアリソース」は、『結果要因』の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

11) 命題 11 : 『個人的防御要因』は『結果要因』を促進する

家族、学校の友人、教師、医師、看護師との関係を調整しながら、入院生活の自立に向けた取り組みである「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」は、『結果要因』の「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」を促進することが考えられる。

3) ケース間の結論の導出

単一ケースの分析を行い、次に各ケース間で、類似性、差異性の比較をした。各々の構成要因の内容、さらに、構成要因がみられた時期などの経時的な視点でも確認し、要因間の促進や抑制の関連について比較検討した。結果を要因毎に以下に示す。

(1) 病気・入院関連のリスク要因

リスク要因とは、望ましくないかたちで潜在的に結果に影響を与える特性である (Fraser, 2004, p.81)。仮説モデルにおける『病気・入院関連のリスク要因』の構成要素は、「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」の2つで構成されており、新たに2つの要素「生活ニーズの制約」と「連続性の途絶」が抽出された。入院期間では初期に出現することが多く、また、検査や処置が頻繁に行われる時、治療開始時、入院期間の延長などの病状の変化に対応し出現している。

①「不確実性」

仮説モデルにおける「不確実性」は、病気に関連する出来事の意味を理解することができないこととして定義されている。

この要素は4つのケースで見出され、「不確実性」による戸惑いや混乱があった。「不確実性」を体験している状況は、発病時【ケース B】、病状・治療の変化時【ケース C、ケース E】、入院が長引いている状況【ケース B】、自宅・学校での療養の認識について【ケース A】であり、ケースによる違いがあった。

【ケース B】は、入院時には病気の診断名がはっきりせず、それに伴い治療方針も明確になっていなかったこともあり、入院当初は入院期間について4～5日であると聞いていたが、病気を明らかにするための検査、その後の治療と続き、いつ頃まで入院生活が続くのかと予測がつかない状況があった。原因不明の発熱により入院し、慢性的に経過する疾患とその治療のための長期期間の入院生活となり“入院期間がズルズル長くなっている”と認識していた。これは入院の間、継続してみられ、“退院したい”という思いが続き、イライラしている感情がみられ、感情や行動の統制が保てない「自己コントロール感」の低下になった。

【ケース C】は、2年間は内服治療で病状は安定していた病状が悪化し、“なんとも

なかったし、病状も悪くなっている感じはなかった”と、自分の身体感覚では病気の悪化は感じていなかった。そのため、今回の病状の悪化による入院・治療は、予測もしていなかったことで、非常にショックであり辛いことであった。慢性的に経過し、なかなか予測がつかない病状の変化に対して困惑が見られた。【ケース E】は、手術や入院について、“手術をする 2 週間前に急に決まった、自分で入院手術の時期は自分で決めて良いと言われたけれど、急に外来で言われて手術をすることは嫌だと思った”と、手術をしなければならないと告げられたことは、思いがけないことであり予想外のことだった。

また、【ケース A】では、退院についての説明時に病気の再燃の可能性があることを説明され“今は尿タンパクが 1+ で、これが増えたらまたイチからやり直して、またパルス療法は嫌だ”と思った病気のあいまさと複雑性に理解ができてにくい状況や、家庭や学校での生活で実行していくことへの漠然とした不安として現されていた。これは、入院後半の退院に近い時期にみられた。しかし、同時に“疲れないように気をつけないといけない”と今後の対応を考えた。

②「病気や症状関連の苦痛」

この要素は 5 つのケース全てに見出された。苦痛の原因となっている出来事には、病気の症状および検査・処置・治療に関連するもので、苦痛としての体験は、手術や疾患の症状として 1 日から 1 週間程度に痛みや不快が持続している場合、採血やパルス療法のように一定のサイクルで痛みや不快を経験している場合にみられた。

病気や症状の関連した痛みや不快が一定期間継続していたケースは、【ケース B】、【ケース D】、【ケース A】、【ケース E】であった。【ケース B】は、入院前より入院後 1 週間程度、発熱が続きそれに伴う強い倦怠感があり“熱があつてキツいときには寝てばかりで勉強は全くできない、看護師さんと話もできない”と、入院生活において今まで行っていた学習や看護師との会話なども出来ないほどに身体がつらく、生活行動や意欲などの精神活動が低下していた。【ケース D】は、入院 2 日目に腎生検の検査を受けている。検査後、後出血予防のために、およそ 12 時間の仰臥位による安静の保持をしなければならなかった。その時の体験を、“からだがつらいし、しびれてくるし、ずっと寝て泣いていた”と、身体的な苦痛とその影響による心理的な不安定さがみられていた。この状況において、“泣く”という情緒的な方法でしか対応できなかつ

ったと述べている。

【ケース A】は、入院 2 日目に腎生検を受けた。検査後、後出血予防のためにおよそ 12 時間の仰臥位による安静の保持をしなければならなかった。安静時には、痛みと同一体位安静による苦痛が強かったが、医療者に訴えることをせずに、“がまん”していた。A は、看護師の創を圧迫している砂のうを“3 時間毎に取り去る”という情報と自分自身の苦痛の変化を手がかりに対応していた。

【ケース E】は、今回の入院以前に、入院と手術の経験を持っていたケースである。入院 2 日後に行われた手術に対して、“手術は精神的にドキドキしてどうして良いかわからない感じになるのがとても嫌だ”と、手術そのものが自分を脅かすことになり、強い緊張感や不安に対して身体や心の反応に自分に対応できないことを苦痛として感じていた。手術が終了すると、“手術後の痛みは、もの凄くて眠れなかった”と手術後の強い創部の痛みや倦怠感があった。そのため、長時間の座位をとる姿勢が難しかったことから、手術後の 1 週間は、学習もできないし、遊びも出来なかったと生活行動の低下がみられた。また、手術に関連してモニター機器などの装着による煩わしさ、数日後の創部の処置時の痛み、装具装着による痛みがあり苦痛だった。

定期的な治療がある場合には、それに対応し一定のサイクルで苦痛となる痛みや不快を経験していたのは、【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】であった。

【ケース D】は、入院前から注射の針を見るのも嫌なほど、注射は怖いことであった。入院当初より採血や点滴を受ける時は、“泣く”ほどに強い苦痛であり、恐怖であり、強い不安や精神的な混乱があった。しかし、採血を繰り返す過程で、自分で泣かないと決め、泣かずに採血を受けるようになった。

【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】は、週単位のサイクルで繰り返される（2 週間～5 週間）パルス療法を受けており、その度に薬の副作用による苦痛を体験していた。ステロイド剤大量療法による副作用で、嘔吐、頭痛などの身体的痛みや不快さ、その苦痛により他者との会話ができない、学習ができないなどの、生活行動や他者関係にも影響していた。

【ケース A】は、胸のむかつきや頭痛が出現しとてもつらく、“泣きなくなった”と情緒的に不安定な状態があった。また、起き上がることもできず“何も出来ない、本も読めない”と、生活行動や学習への意欲などの精神活動の低下があった。【ケース B】は、入院の中頃より、副作用である強い不眠症状が出現し、“看護師さんとも話がで

きない”と強い倦怠感があった。【ケース C】は、強い頭痛と嘔気・嘔吐が出現し“点滴の治療が一番辛かった、頭が痛くなったり、吐いたりがあつてキツかった、胃にモノがあるような感じがずっとしてムカムカがあり食欲が全くなかった”と胃部の不快感や倦怠感があり、学習ができない、看護師との会話ができない、服薬行動がとれないなどの生活行動が低下していた。しかし、入院の後半になると治療を繰り返す過程で、“月曜日が一番つらい”と語り、治療による苦痛となる症状の出現と自分への影響との関連を把握できるようになり、自分で生活活動を高めることができるようにしていた。

③「生活ニーズの制約」

「制約」とは、条件や枠などを用いて活動の自由を制限していることであるが、全てのケースにおいて、入院すること、病院の生活環境、検査・治療の実施、他の入院患者と共にいる入院生活は、学習、人との関係、食事・入浴、テレビの視聴などの生活のニーズが制約されていると認識していた。

入院した病室については、全ケースともに主に4人床の部屋であったが、【ケース B】だけは、入院からおよそ2週間は個室（感染症室）で過ごした。入院期間のいずれかに、年齢の近い同室者がいたのは、【ケース A】、【ケース C】、【ケース D】であり、【ケース E】は、入院中ずっと成人病棟の4人床室であり、入院中の生活行動の制限は、全てのケースで病棟内であった。【ケース B】は個室の時には病室内であった。病棟の規則によって、食事、入浴、テレビ視聴などに一定の制約が設けられていた。

生活ニーズの制約に対しては、我慢する、耐える、諦めるなどの言葉が聞かれ、学習のように制約の中でニーズを満たす方法をとられている事もあった。【ケース B】は、同室者への配慮から“大きい声で話すこともできない”とより抑制した行動もみられた。また、「生活ニーズの制限」は、“退院したい”という思いを強くさせていた。【ケース A】、【ケース D】には、病院というと血液や注射が連想され、病院という場所に対して嫌な印象をもっており、そのような環境で生活することに嫌悪感があった。

④「連続性の途絶」

各ケースにおいて、病気であること、治療を受けること、入院することは、学校生活、友達との関係、家庭生活が中断され、今までとは異なる環境で生活することであ

った。慢性疾患で入院し治療を受けることは、入院前までの学校生活、友達との関係、家庭生活が中断され、今までとは異なる環境で生活することになり、入院するまでは続いていた時間的の流れや人との関係のあり方が途絶えることである。予定していた計画や仲間と一緒に取り組んでいた目標も突然に絶たれて、戸惑い、怒りといった思いや感情があった。また、全ケースで、退院した後の学習など、学校生活については大きな心配事となっていた。

【ケース A】は、入院期間が入院当初の予測とは違い延長され、参加できると楽しみに思っていた学校行事に参加できない状況があり、涙ぐむ様子がみられ残念で悔しい思いをしていた。【ケース B】は、入院によって所属している吹奏楽部の練習に参加できなくなっていることに悔しいおもいをしている。また、退院後も病気によって参加できないかもしれないことを心配していた。病気・入院によって、【ケース B】の学校生活の一部になっている吹奏学部での練習や仲間との目標は断ち切られており、退院後も入院前に所属していたクラスで学ぶことを強く希望し、クラスが変わることに強い抵抗を示していた。

【ケース C】は、入院期間が1ヶ月半あり、“とにかく長い”と思い、学習が遅れることや夏休みの課題の達成などについて心配があり、入院期間が長いことに不安を感じていた。入院は、高校の夏休みの期間とほぼ同じ時期であり、漠然と予定していた夏休み中の学習や学習以外の活動の計画は、入院することによって中断せざるをえなかった。【ケース E】は、突然の手術・入院の決定により、学校生活が中断されることに対する戸惑いや怒りの感情が表現された。

(2) 個人のリスク要因

本モデルの構成要素である「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」が確認された。『病気・入院関連のリスク要因』に促進されることが考えられ、入院期間では初期に出現することが多く、検査や処置が頻繁に行われる時、治療開始時、入院期間の延長などの病状の変化に対応し出現する。

①「ネガティブな自己認識」

自分の身体に起きている状況について受け入れ難く、自分について客観的に理解できない認識があった。「自己認識」には、病気である自分、自分の身体の変化の2点が

ある。それぞれのケースで、『病気・入院関連のリスク要因』の要素の「病気の不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」が2つあるいは3つが関連し、病気や入院前の自分と比べて、自己へのネガティブな感情や認識をもっていた。

病気である自分については、【ケース C】では、入院当初に、入院治療を必要とする病状へと悪化がみられていることが告げられ、“ちょっと涙目になって辛かった、深刻だ”と、自分の体の健康状態について冷静に捉えられずに困惑した。【ケース D】では、入院直後に“自分がなぜこんな病気になったのか、何も悪いことしてないのに”と病気になって嫌な入院生活送らなければならない、嫌な検査を受けなければならない自分自身に不安を感じ、混乱が見られた。【ケース B】は、退院直前に、退院後の学校生活で身体が回復する間は特別なクラスで授業を受けることについて“不登校の人たちが入るクラスに入って私も不登校の人と同じように見られるのは嫌だ”と強く主張し、戸惑いや退院後の学校生活に希望が持てないでいた。

自分の身体の変化については、【ケース A】は、退院が近くなると、病気や入院によって退院後の学校生活を予測しながら“今すぐは走れなくなっている”と身体能力が低下したことを認識していた。【ケース B】は、テロイド剤の大量投与の副作用でムーンフェイスが出現し、退院後のクラブ活動の写真撮影に参加することを“嫌だ、心配だ”とボディイメージの変化について受け入れ難く思った。

②「自己統制感の低下」

『病気・入院関連のリスク要因』により、「自己統制感の低下」は、自分の感情、思考、行動を統制することが難しくなり低下がみられた。「自己統制感の低下」を促進すると考えられる『病気・入院関連のリスク要因』には、「不確実性」の長引く入院生活、「病気や症状関連の苦痛」の病気の治療や手術、検査・処置による苦痛、パルス療法の週単位のサイクルで、2 から 5 週間繰り返えられる薬の副作用による苦痛の 3 点があった。この『病気・入院関連のリスク要因』の構成要素は、全てのケースで認められた。

長引く入院による「自己統制感の低下」は、【ケース A】では、入院当初に予測していたより入院期間が延長され、“退院したい”という思いは強く、退院についての話がされる際には泣くこともあり、感情のコントロールが低下していた。【ケース B】は、

入院当初には、学校行事やクラブ活動関連の行事の参加を断念せざるをえない状況となり、“残念だ”、“しょうがない”といった不全感をもち、入院期間が長くなると“入院がズルズル長引いて暇だ、退院したい”という思いを強くもち、時間をもてあまし、この状況は入院中に継続してみられ、思考や行動の統制感が低下した。

病気の治療や手術、検査・処置の苦痛による「自己統制感の低下」については、【ケース D】は、入院後しばらく間は、注射のときも、検査で同じ姿勢で安静しなければならないときも、母親が帰ったあとも“ずっと泣いていた”と話し、痛み、辛さ、寂しさ、いらだち、不安、悔しさなどを、泣くことでしか表現できずに、感情のコントロールが低下し、周囲に向けての助けを求めるような行動も発揮できていない状態にあるようであった。【ケース E】は、入院当初の手術前の自分自身の気持ちや精神状態は、“精神的にドキドキしてどうして良いかわからない感じになる、緊張する、ジェットコースターに乗った時のドキドキする感じが続くような感じだ”といい、手術に対する不安や緊張感のある自分の感情の統制感が低下した。

パルス療法の週単位のサイクルで、2 から 5 週間繰り返えられる薬の副作用による苦痛による「自己統制感の低下」については、【ケース A】は、入院 2 週間後にステロイド大量療法が開始されると強い頭痛、気分不快に“泣きたくなった”といい、突然強く泣き出したり呆然としたりする様子がみられ感情の統制感が低下した。【ケース B】は、入院 2 週間後にステロイド大量療法が開始されると副作用に不眠症状が出現し、看護師に“どうして良いのか分からない”といった発言があり、睡眠についての会話も避けるような様子や涙を流す姿もみられ、感情や思考の統制感が低下していた。

各ケースでみると【ケース A】、【ケース B】では、『病気・入院関連のリスク要因』の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」の 2 つの要素のそれぞれにより、「自己統制感の低下」があった。【ケース B】の「病気の不確実性」の長引く入院生活による「自己統制感の低下」の促進に強く影響したことが予測される。

（3）家族の防御要因

構成要素は「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族のサポート」、「家族の雰囲気」である。

家族は病院に面会に来て患児と直接に会う方法で、サポートをしていた。全ケースで複数の家族メンバーの面会があり、このうち、面会の頻度が最も多かったのは全て

のケースで母親であった。他の家族メンバーの面会は、父親は【ケース A】、【ケース B】、【ケース D】、【ケース E】、祖父母は【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】、【ケース E】、きょうだいは【ケース E】であった。祖父母は患児と同居家族ではなかった。家族の面会の頻度は、ほぼ毎日【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース E】、週に2・3日の【ケース D】であった。きょうだいの面会があった。【ケース E】以外は、きょうだいの面会制限を設けている病棟であった。患児のキーパーソンは、全てのケースで母親であった。

「家族のサポート」は、家族の面会や母親の付き添いにより、自分を心配し、気づかう家族の存在を確認し、精神的な安寧が得られ、家族に支えられていると認識する精神的サポートがある。検証後のモデルでは、長期の入院生活に関連して、患児と学校との情報交換の仲介、入院生活の調整、家族による患児への病気の説明などがあり、内容が具体的になった。「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族の雰囲気」は、潜在的に働く「家族のサポート」に影響する要素である。

家族の防御要因の3つの要素は、単独あるいは相互に関連して、『個人的リスク要因』の抑制と『個人的防御要因』の促進への関連が全ケースに確認できた。『結果要因』の促進への関連は、【ケース A】、【ケース D】、【ケース E】に確認できた〈表1〉。

①「家族の病気や入院に対する受け止め」

家族の病気や入院の受け止めは、患児を気づかい、思いやる家族のサポートに影響する。家族が自分の病気について具体的にどのように受け止めについているかという、患児の認識は語られていないが、入院中の自分への気づかいや、回復を願い支える思いがあることを認識していた。

【ケース A】は、母親は患児の病気について“悪い方向に考えさせたくないと思って、自分になるべくネガティブにならないように気をつけていた”と、病気や入院による患児の不安の緩和にむけての気づかいがあり、患児は支えられているという認識をもっていた。【ケース B】は、母親は患児の病気について聞いたときのことを“ショックだったが、まあしょうがないとすぐに思うようにした”と語り、自分の子どもの病気について深刻にならないように患児への配慮がされた。【ケース C】は、母親は患児の病気の発病は2年前に発症しており、今回の入院についても冷静に受け止めているが、入院により学校の行事に参加できなくなった事などについて、患児の気持ちを

思いやっていた。【ケース D】は、母親は患時の病気について、患時の将来のことも視野に入れ、心配や不安を抱えているが“つきあっていくしかない”と冷静に受け止めていた。【ケース E】は、母親は“つきあいながらやっていくしかない”と冷静に受け止め、患児を見守っている。患児は、父母、祖父母は自分の手術や入院について心配しているし、早く回復してほしいと思っていた。

②「家族のサポート」

母親の付き添い、母親はじめとした家族の面会、母親による病気の説明、入院生活の調整、学校と患児との情報交換の仲介を行っていた。患児は、自分を心配し、気づかう家族の存在に喜びを感じ、安心感が得られ孤独感は緩和し精神的な安寧が得られ、家族に支えられていることを認識していた。母親による病気の説明が行われ、【ケース A】、【ケース B】では、医師より母親が説明を受け、母親が患児に説明した。【ケース D】は、母親が補足的に説明をし、患児には精神的なサポートとなった。

【ケース A】は、70 日以上入院となり、病気の説明、薬の副作用の対応などの入院生活全般について母親と共に考え、また学校の課題プリントを届けてもらうことなどが、さらに、母親は退院後の学校でのクラブ活動の調整を教師と行い、患児は具体的な退院後の学校生活に関する情報を得ることができていた。【ケース B】は、身近な親戚の例などをあげて説明がされ、今後の生活への影響についても具体的になり、病気の理解を助けるのみでなく、安心感が得られた。

③「家族の雰囲気」

「家族の雰囲気」は、慢性疾患で入院中の患児の精神的サポートに影響する。潜在的に自分の家族の雰囲気についてどのように捉えているのかは、患児の強い不安や緊張の緩和に影響する。【ケース D】、【ケース E】で「家族の雰囲気」について語られた。【ケース D】は、家族について“父親は野球をしていて、少年チームの監督もしている、お父さんのことは好きだ。休日には、お友達を呼んだりしてお食事会を開いたりして楽しい”と楽しい日常的な家族生活の様子を語り、信頼でき支えとなる家族であるという認識があった。【ケース E】は、両親について“お母さんは優しい、僕がトイレに行きたい時までもわかっている、家では生活担当がお母さんで勉強担当はお父さんだ”と、両親の自分に対する思いを感じ、自分を支える家族環境があることを認

識している。弟達については日常のやり取りの中で兄としての役割を果たしながら、弟達への愛情をもっている。

（４）社会的防御要因

構成要素には「友人・教師のサポート」、「入院中の仲間のサポート」、「ヘルスケアリソース」である。

「友人・教師のサポート」は、３ケース【ケース B】、【ケース C】、【ケース E】に、「入院中の仲間のサポート」は２ケース【ケース C】、【ケース D】に、「ヘルスケアリソース」は全ケースで確認できた〈表 2〉。

①「友人・教師のサポート」

友人のサポートは、学校のクラスメイトあるいは部活動の仲間の面会【ケース B】、【ケース C】、【ケース E】と手紙・メッセージ【ケース B】であり、時期は入院後の身体状態が安定している頃から入院後半であった。

友人の面会は嬉しいことであり、一緒に遊び時間を持つ、学校生活の情報交換、自分の入院生活を知ってもらう時間になっていた。３ケースともに、友人の面会は、友人・学校生活とのつながりの気持ちが強められており、入院生活の励みになっていた。

「友人・教師のサポート」は、『個人的リスク要因』の抑制への関連が２ケース【ケース B】、【ケース E】に、『個人的防御』の促進への関連が３ケース【ケース B】、【ケース C】、【ケース E】に、『結果要因』の促進への関連が２ケース【ケース C】、【ケース E】に確認できた。「友人・教師のサポート」は、【ケース B】は、入院の後半頃に友人や教師の面会や教師によって届けられた友人達からのメッセージなどがあった。入院によって、友人や教師と共に送る学校生活の中断はあるが、友人や教師とのつながりがあることの自覚をもち“友人の存在は大きい、頑張ろうと思った”と励みにしていた。また、退院後の学校での学習やクラブ活動の情報を得ていた。【ケース C】は、入院後半に、友達との面会があり、“友達に会うと元気がでる、頑張ろうと思える”と学校の友人や教師に会うことに喜びを感じ、さらに入院生活の励みとした。クラブ活動や夏休み中の課題についての情報を得る機会にもなった。【ケース E】は、入院後半頃から３～４回の友人の面会があり、面会時には、ゲームなどを共に行い、楽しいと思える時間をもっていた。教師の面会は、退院後の学校生活について、情報交換や相談、

調整の機会となった。

学校の教師のサポートは、担任や部活動の教師が面会に来て、直接に会う方法【ケース B】、【ケース C】、【ケース E】で行われていた。学習支援、部活や学校の情報、退院後の学校生活、自分の入院生活について、話し合う機会となっていた。教師の面会については、嬉しさと誇らしさがあり、退院後の学校生活への見通しにつながっていた。学校の友人の面会では、会うことや共に遊ぶことに喜びや楽しさを感じ、存在を精神的な励みとする精神的なサポートがあった。

②「入院中の仲間のサポート」

【ケース C】、【ケース D】にみられた。同じ病室で生活の場を共有している患児からのサポートであった。1人で入院している寂しさの中で、一緒に遊ぶことや会話をすることは楽しいことであり喜びとなることであった。自分と同じようにつらい治療を受けている同室児の存在は励みとなっていた。【ケース E】は、同室者が成人だけで、同年齢の子どもとの交流はなかった。

【ケース C】は、入院し同室となった患児と友達となり、生活の場を共にしながら話し、遊び、同じような治療をしている患児とは、治療のことについてお互いに共有できるものがあることで、仲間意識をもち“元気がもらえる”と、仲間の存在や会話や共に過ごすことを入院生活の励みにして、情緒的サポートになっていた。【ケース D】は、入院直後に同室になった同じ歳の患児や、その後に移室して同室となった患児との関わりは“仲良くなって一緒に遊んでとても楽しかった、その子も頑張っているし私も頑張らなければと思った”入院生活の励みとなっていた。

③「ヘルスケアリソース」

ヘルスケアリソースは、入院生活や治療における他者との関わりについては、医師ととは【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】、【ケース E】、看護師とは、【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】、【ケース E】、理学療法士とは【ケース E】、院内学級の教師とは【ケース A】、【ケース B】、実習学生とは【ケース A】、【ケース B】であった。医師から病気や治療の説明とこれらの相談、看護師では病気や症状関連の苦痛への支援、内服の自己管理や蓄尿・体重測定などのように継続して行う健康管理行動への支援、入浴の方法などの病棟生活への支援が語られた。理学療法士

と関わりのあった【ケース E】、院内学級の教師や実習学生については【ケース A】、【ケース B】は、それぞれ患児を担当していたスタッフであった。患児はこれらのスタッフの日常的な挨拶や励ましについて、嬉しいこととして受け止めていた。

【ケース A】は、腎生検時の看護、医師による病気や治療や内服薬の説明、看護師による病気や内服薬の説明や管理指導、蓄尿、体重測定の指導、入浴の方法など入院生活全般についてサポートがあった。また、院内学級での学習、実習中の学生による学習に関するサポートがあり、長い時間を共に過ごす学生と話したりすることは、“楽しい”と思える情緒的サポートにもなっていた。

【ケース B】は、医師による不眠に対する内服薬の処方、医師や看護師による病気や治療に関する説明、看護師による内服薬の管理、入浴の方法など入院生活全般についてサポートがあった。治療が開始されその副作用の不眠症状が出現し、その緩和にむけて看護師を相談相手とし、解決に向けて共に考え、励ましや支えとしていた。さらに、院内学級の教員による学習に関するサポート、実習中の看護学生や医学生による学習に関するサポートを得て、共に過ごすことにより、“話しかけてくれて良かった、時間もつぶれた”と語り、“寂しさ”や長期の入院生活に対する“暇だ”という思いが緩和された。

【ケース C】は、患児にとって関心の高い病状や自分の身体についてのサポートには、医師や看護師による病気や治療に関する説明、副作用が出現した時の援助があり、看護師の声かけや励ましのことばを、支えや励みとし情緒的サポートとした。【ケース D】は、医師による治療や退院後の学校生活についての相談し、看護師の検査時の援助や内服薬の管理指導などの入院生活全般についてサポートがあった。【ケース E】は、看護師による病棟生活の中で歩行練習が計画され、歩行の回復に向けて練習を日常生活の中に主体的に取り入れて実践していた。学習についての看護師と医師からの声かけについては、“うるさいけど言われないよりはいい、なにも言われないと寂しい”と、自分への理解や関心をもったの関わりや支援として受け止め、励みにしており、精神的なサポートとしていた。

（5）個人的防御要因

構成要素には「人との関係調整しながら問題解決に取り組む」が確認された。

①「人との関係調整しながら問題解決に取り組む」

『病気・入院関連のリスク』、『個人のリスク』のある状況において、今ある状況を変えようと自ら取り組んでおり、意思と目的をもち、その状況を変えるために問題点となっていることを焦点化し、その解決方法を考え、人との関係を模索しながら調整する中で実践し、評価し、次を予測するというプロセスがあった。

長時間続く痛みや不快さなどの苦痛【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】、学校生活の中断などによる連続性の途絶【ケース A】、【ケース B】、【ケース E】、などへの取り組みであった。

人との関係調整には、サポートをしてくれる人に対して、自分を支えてくれる人だと実感する、自分のことを思い心配してくれる人といった、相互の理解、思いや考えの共有、感情の共有がある場合と、サポートのみを取り込む場合があった。また、人との関係調整は、自分の問題を解決するための調整にとどまらず、家族や入院中の仲間や医療関係者を思いやり、気づかうなどの自分自身のことから他者へと感情や思考が広げられていた。この過程は全てのケースで確認された。

サポートのみを取り込む場合があった【ケース A】は、入院直後の腎生検の際に、創部痛や出血予防のための圧迫固定に強い苦痛があったが“もの凄く痛かった、検査（腎生検）が終わった後すぐに、砂の袋を2つのせていたけど、看護師さんが3時間したら1つとれて、また3時間したら1つとれると言ので、検査が終わってお部屋に戻って3時間して、砂の袋が1つとれて、凄く痛いのがちょっと良くなって、看護師さんから痛かったら教えてと言われたけど、あと何時間したらと繰り返して思いながら我慢した”と語り、苦痛な状況を乗り越えるために、看護師から聞いた説明を確認し、時間と共に苦痛が緩和されて行くことを確認しながら、自分が我慢できる程度予測し、検査による痛みに取り組み、この時に看護師へ痛みを訴えるなどといったことがなかった。看護師のサポートを取り込みながら、自分の中で解決を試みていた。

取り組んだ問題には、入院中の学習の取り組み、治療の副作用の苦痛の緩和、入院中の仲間づくり、手術後の生活の立て直し、退院後の学校生活の復帰に向けての準備がある。

退院後の学校生活の復帰に向けての準備や入院中の学習の取り組みは、【ケース A】、【ケース C】にみられた。【ケース A】は、70 日以上入院になったが、入院 40～50

日後に、自分から学習をはじめ、母親の薦めもあり、院内学級にも通い始めた。院内学級では、学校のテストが受けられるように院内学級の教師に相談し、自分で合格点数を設定して目標を設けて、目標点数を達成できたことを確認した。退院が近くなると、体力の回復や学習の遅れについて対策を考え、退院後の生活の計画を立てるなどし、退院後の学習やクラブ活動などの学校生活にスムーズに復帰できるよう、母親や院内学級の教師のサポートを得て取り組んだ。【ケース C】は、入院当初より学校の学習のことが気がかり、(夏休み中の入院で)退院したら直ぐに学校が始まることから夏休みの課題を行うことを決めていた。自分の体調と治療との関連を把握し、治療の進行や自分の体調を配慮しながら、体調と学習との調整をはかり自分のペースで学習を進めるようにした。友人からノートを借りる、面会にきた担任と夏休みの課題について話をするなどの、学校関係の人々にはたらきかけ、効果的に学習がすすむように取り組んでいた。

治療の副作用の苦痛の緩和に取り組むは、【ケース B】に見出せた。入院後 2 週間頃より、ステロイドの大量療法の副作用の強い不眠による苦痛があったが、医師や看護師から不眠の原因や今後の予測される状態について情報をえて、不眠症状の改善に向けての方法について、看護師に“どうしていいかわからない”と自分から相談し、看護師から提案された対策方法を、自分ができること、できないことを体調にあわせて考えながら、また、医師からの眠剤の処方を受けて、不眠の原因やそれに対する対処の効果を判断し、不眠の対応に取り組んだ。

【ケース D】は、入院当初より寂しさを強く感じていた入院中の仲間づくりに取り組んだ。同室児に対して、いろいろな方法を考え、自分から話すきっかけを作り関係をつくるための取り組みを積極的に行った。同室の患児との関係を築くことは、入院生活の楽しみや励ましとなった。

【ケース E】は、手術後の運動機能の回復に配慮しながら、学習や遊び、リハビリテーションを組み込んで、楽しい時間も設けながら生活を送った。看護師から提案された一日のタイムスケジュールを看護師とともにたて、リハビリテーションには、疼痛がともなうものの、理学療法士との関わりを楽しみを見出しながら積極的に取り組んだ。自分の身体状態やリハビリの経過に関する確認を行い、看護師に報告もしていた。また、退院後の学校生活についても装具の影響や学校内での移動、体育の授業の受け方などについて、家族や面会時に学校の教師に相談しながら計画をたてられた。

(6) 結果要因

構成要素には、「セルフケアの獲得」「社会への帰属意識の継続」が確認された。

①「セルフケアの獲得」

自分の体調や入院環境を理解し、自分で意思決定を行い、病気や治療に関連した身体の状態にあわせて健康管理をし、入院環境にあわせて食事や清潔、学習などの生活管理をし、自立した入院生活を送れるようになった。さらに、退院後の身体的状態や環境の変化を予測し、健康管理や学校生活の設計をしていた。「セルフケアの獲得」は、全てのケースで確認された。【ケース A】、【ケース B】、【ケース C】、【ケース D】は、健康管理に内服薬の管理、蓄尿、起床時の体重測定などがあったが、看護師の説明や指導により、自分でできるようになった。

【ケース A】は、治療による副作用の頭痛や気分不快が消失した入院後半頃から、学習を行い、家庭とは異なる入浴の環境や方法に不自由さを感じていたが、自立して行うようになった。【ケース B】は、治療による副作用の不眠症状が緩和された、入院後半頃より、学習を行えるようになっていた。高校 1 年生の【ケース C】は、治療による副作用の苦痛はあったが入院後 2 週間位より体調を配慮しながら行っている。内服管理についても自分で主体的に行っている。【ケース E】は、手術から 1 週間後くらいより、自分の体調を配慮し、手術後に装着された装具による疼痛や生活行動へ影響に対応しながら、入院環境にあわせて、学習や遊び、理学療法をとりいれて入院生活を送った。

②「帰属意識の継続」

セルフケアの獲得」は、全てのケースで確認された。家族の支えがあることを認識し、家族によるサポートを得て、治療や入院生活を送ることを受け入れ、入院環境に応じた生活を送っていた。また、入院により学校には行っていないが、教師や友人のサポートを得てそのことに喜びを感じ、面会での友人とのやりとりでつながりをもつことを実感し、学習の遅れを取り戻そうと学習しており、学習面やクラブ活動の復帰などの退院後の学校生活について考え、入院中の生活を送っていた。入院により、家族、学校、病院の患者の一員であるという 3 つの帰属の認識が同時に進行しているが、すべてのケースで見出された。

【ケース B】は、退院前に、退院後の学校生活について、復学後しばらく特別クラ

スで授業を受けるように提案され、学校のクラスへの帰属意識が継続できないのではないかと、帰属意識が脅かされることはあった。

4. 考察

ケーススタディリサーチ法を用いて仮説モデルの検証を行った結果、モデルを構成する6つの要因である『病気・入院関連のリスク要因』、『個人のリスク要因』、『家族の防御要因』、『社会的防御要因』、『個人的防御要因』、『結果要因』が確認され、要因間の関連についても明らかになった。

以下に、構成要因、構成要因の要素、要因間の関連について考察する。

1) 『病気・入院関連のリスク要因』

構成要素は、仮説モデルの「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」があり、新たに「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」が抽出された。この要因は、病気や入院に関連して生じた生活環境の変化や身体的状況の変化によって、患児が認識した苦痛である。慢性疾患の思春期患児のレジリエンスとは、病気になり入院するという逆境や困難を体験しながらその逆境や困難から立ち直り、乗り越えていく過程、能力、結果であるが、『病気・入院関連のリスク要因』は、患児の逆境や困難について表している要因である。

入院期間では初期、検査や処置が頻繁に行われる時、治療開始時、入院期間の延長などの病状の変化に対応し出現している。その後、病状や身体的な状態が落ち着くとともに、レジリエンスモデルの力動的な経過の中で、患児の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」は緩和されることが考えられる。また、「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」の4つの要素は、個人の認識として同時期に出現しており、互いに関連し合い、複雑に重なりあうことで、リスク要因としての患児の逆境や困難感を強め、『個人のリスク要因』を促進し、『結果要因』を抑制することが考えられる。

「不確実性」は、患児が入院期間や病状の経過などの病気や入院に関連した出来事の意味を理解することが難しく、納得するすることができずに、不安を感じ困惑することである。それに加え、疾患が確定し治療方針が決定するまでの時間を要することがある。原因不明の発熱によって入院したケースでは、患児は今後の入院生活の期間や状況や自

分の身体の状態の変化を予測することが困難となり、入院期間が見通しもたらずに長引いていくことや、それによる学習の遅れにたいする不安を長時間にわたって体験していた。このように「不確実性」は、慢性疾患の病態の複雑さや病状の慢性的で長期的に経過するという特徴があり、慢性疾患ということが患児の逆境や困難を強化していると考えられる。

「病気や症状関連の苦痛」は、検査、手術に関連した痛み、痛みを伴う検査を受けることへの恐怖心、病気を起因とする症状や治療の副作用による強い倦怠感などの苦痛である。また、この苦痛により患児は、強い不安や精神的混乱を体験しており、患児のこのような精神的に不安定な状態は、自己認識や自己統制感に影響し、『個人のリスク要因』の「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」を促進することが考えられる。

患児は病気を起因とした症状や治療による苦痛による痛みや倦怠感により、読書や学習をはじめ日常の人との会話にさえ億劫さを感じており、日々の生活行動に大きく影響し、入院生活におけるセルフケア行動をとることは困難であり、強い苦痛は、『結果要因』の「セルフケアの獲得」を抑制することが示唆される。

「生活ニーズの制約」は、入院することで家庭生活とは異なる生活環境の変化や治療に関連した生活行動の制限により、食事、入浴、遊びなどの生活行動や行動範囲の制約があり、入院生活における自由さを失われていることである。また、病院というと血液や注射が連想され、病院という環境に対して嫌な印象をもち、そのような環境で生活することに嫌悪感をもっていることも、安心して生活を送る認識を持ってないという点で「生活ニーズの制約」に含めることができる。思春期は、自分なりのやり方で周囲の環境に合わせながら、自立して生活を組み立ててセルフケアの獲得する時期であるが、その一方では思春期には自己中心性がある（服部，2000, p.69）。このような発達時期に「生活ニーズの制約」があることは、患児には強い苦痛となり、入院生活を送る上でリスクとなり、『結果要因』の「ライフスキルの獲得」にも影響を及ぼすことが考えられる。

「連続性の途絶」は、仮説モデルの検証により新たに抽出された『病気・入院関連のリスク要因』の要素である。慢性疾患で入院し治療を受けることは、入院前までの学校生活、友達との関係、家庭生活が中断され、今までとは異なる環境で生活することになり、入院するまでには続いていた生活の出来事、時間的な流れの認識、人との関係が途絶え、戸惑い、怒り、不安、といった思いや感情を体験することである。これまでの先行研究では、入院による患児のリスクとして、友人や家族との分離不安、学校に行けな

いなどの生活状況の変化（長谷川他，2009；森，嶋田，岡田，2008）は明らかにされているが、患児の体験として「連続性の途絶」や、あるはそれと同様の内容の指摘はない。

連続性については、村田（2009，2008）が、時計時間にとらわれるのではなく他者や環境との交流の中で体験されていくものであるとし、他者との相互作用により認識されるものであるあり、その中で他者と自分を差異化し自分の存在を確認するとしている。また、杉山（1995）は、自己概念は過去や現在、未来といった時間的な連続性において比較しながら自己の能力や考えを形成するとし、連続性の認識と自己概念が関連することを示唆している。分析結果では、「連続性の途絶」は、学校生活が中断された学校行事への参加が突然に絶たれたことなどがあるが、患児にとっては、行事への参加というより、学校の仲間と共に何かを行う時間や機会を共有することに大きな意味があったことが予測され、これまで連続的にあった仲間との関係が途絶えるのではないかという思いから、自己の存在を確認する機会を脅かされることへと繋がると考えられる。このことは、患児の自己認識や自己統制感に影響し、『個人のリスク要因』の「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」を促進することが考えられる。「連続性の途絶」は、『個人のリスク要因』の「自己認識ゆらぎ」、「自己統制感の低下」を促進し、また『結果要因』の「帰属意識の継続」に大きく影響することは明らかである。

「連続性の途絶」と『個人の防御要因』との関連でみると、村田（2009）は、時間的連続性には過去の成功体験を思い描くことがあると指摘し、都筑（2004，p.77-100）は、個人の夢や目標は他者との相互作用の連続性の中で生成されるとしており、患児が「人との関係を調整しながら問題に取り組む」上で、成功体験や目標をもてることは重要なことであり、「連続性の途絶」の認識に強く長く支配されれば、『個人の防御要因』を抑制することが予測される。

2) 『個人のリスク要因』

構成要素には、「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」がある。『個人のリスク要因』は、『病気・入院関連のリスク要因』によって起きる患児の個人的な体験で、患児のレジリエンスの逆境や困難について表している要因である。『病気・入院関連のリスク要因』の要素の「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」が、個人の認識として同時期に2つあるいは3つが互いに関連し合い、重なりあい、『個人のリスク要因』は促進され则认为る。『病気・入院関連のリスク要因』

の影響を受けて、入院期間では初期に出現することが多く、検査や処置が頻繁に行われる時、治療開始時、入院期間の延長などの病状の変化に対応し出現する。

「ネガティブな自己認識」は、病気や入院前の自分と比べて、自分の体の変化について受け入れ難く、今ある自分自身について客観的に理解し、病気で入院生活を送る自分自身についての前向きに捉えることができない認識のことである。病気で入院治療が必要になった自分、病気のために安静が必要になった自分、体力が低下した自分、副作用によるボディイメージの変化した自分について受け入れ難く思い、自分自身を前向きに捉えられない認識である。思春期の自己概念の特性として、自己概念が徐々に精緻化され安定期に入る先駆けの時期で自己概念に大きな混乱を生じ、自己表象や自己評価が変動することに対して葛藤や混乱を生じ、自己認識が不安定になる（岩本，2015）。自分自身を前向きに捉えられなくなるという自己認識の不安定さ、葛藤、混乱は、レジリエンスのリスク要因となる。

思春期は、何かに取り組むという点では学びに対する自己評価は低く、有能感は消退傾向となり学習に向かう態度は消極的になる（上淵，2011，p.168）。患児は、思春期特有の混乱に加えて、入院、病気や治療により自分に起きている状況の変化や身体的変化があり、自分自身について受け入れ難い思いや、前向きに捉えることができない中で、有能感をもつことや成功体験の想起などは難しいと考えられ、これらのことから、患児の問題に取り組もうとする意思や思考、行動に影響し、『個人的防御要因』、『結果要因』を抑制することが考えられる。

「自己統制感の低下」は、『病気・入院関連のリスク要因』の慢性疾患という特性でもある、長期間におよぶ入院生活での治療や手術、検査・処置による苦痛により、自分の感情、思考、行動をコントロールすることが難しく統制感が低下することである。自己統制感とは、自分自身で行動や生活を統制すること（村田，1996）、我慢すること（杉若，2011）で、自分自身で意識的に感情、行動、思考を統制する認識である。入院当初に予測していたより入院期間が延長されたケースでは退院への思いが強く続いており、退院についての話がされると泣くといったように、感情の統制ができず「自己統制感の低下」が確認されたが、このような状況においては、何らかの問題に取り組むといったような前向きな思考はもてないことが考えられ、「自己統制感の低下」は、患児が問題に取り組もうとする思考や行動に影響し、『個人的防御要因』、『結果要因』を抑制することが考えられる。

『個人のリスク要因』は、自分で自分自身について認識する、操作し統制するといった患児の個人的な体験であるが、都筑（2004, p.202）は思春期の自己規定については不安定さがあり、それは自分が他者からどのように規定されるのかを強く意識し、他者からの評価や視線に敏感になるとしており、自己概念には他者との関係が影響することを指摘し、杉若（2011）は、自己統制感について、自己完結的な側面をもっている一方で、個人の感情や行動や思考は常に周囲の環境との関係性の中で成立しており、何らかの外的要因をうけていることが多く、その中でも他者の存在の影響は大きいことを指摘している。

家族の面会や母親の付き添いは、患児にとって自分を心配し、気づかう家族の存在を確認し、精神的な安寧が得られ、家族に支えられていると認識する機会となっている。また、学校の友人や教師の面会を嬉しいと思い、共に遊び、会話する時間を持つことは、学校生活の情報交換、自分の入院生活を知ってもらう機会となり、学校生活とのつながりの認識が強められており、自分の存在や帰属する集団を確認し、また、他者との関わりにより客観的に自分を捉えることができ、自己認識や自己統制感に大きく影響すると考える。これらのことから、『個人のリスク要因』は、『家族の防御要因』、『社会的防御要因』に抑制され、家族、学校の友人や教師といった他者によるサポートの有用性が示唆される。

さらに、レジリエンスの力動的な過程において、防御要因が働くことにより、家族の精神的な支え、家族や帰属する社会の人々のサポートによる自分の存在の確認、問題に取り組んでえられた結果による達成感や成功感により、「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」は変化することが予測される。

3) 『家族の防御要因』

構成要素には、「家族のサポート」、「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族の雰囲気」がある。

思春期は自立とへと向かう時期であり、それは親からの自立も含まれており、親離れという現象がある（服部，2000, p.71）が、慢性疾患で入院中の患児にとっては、家族メンバーである母親や父親の存在は、入院生活を支える最も重要な他者である。「家族のサポート」は、潜在的に精神的サポートとして働く。入院当初から家族の頻回な面会により、精神的に支えられていることを実感する。患児にとって家族メンバーは、自分が

困っているときに心配し、寄り添い、気づかい、自分の病気の回復を願い、自分を支えてくれる存在として認識され、それにより患児は精神的な安寧を得ることができる。また、患児は長期間の入院により学校生活が中断されており、家族が患児と学校とを仲介する役割などの、患児と患児の社会的サポートを繋ぐという点でも、重要となる。

『個人的リスク要因』と、末盛（2007）は、思春期の子どもに対する家族の支援について、親の精神的なサポートは子どもの自尊心の向上やストレスの低下に関連すると指摘しており、家族の潜在的な精神的サポートは、患児の自己認識に影響することが示唆され、『家族の防御要因』が『個人のリスク要因』を抑制すると考えられる。

「家族の病気や入院に対する受け止め」や「家族の雰囲気」は、患児が家族からのサポートを受ける際に、自分を支える家族環境があるという確認となり、得られるサポートとしての判断や患児にとっての家族のサポートの質に影響するものである。「家族の病気や入院に対する受け止め」については、患児の病気の発症や入院当初はについて、家族メンバーにも精神的に動揺や混乱があることは予測されるため、患児が家族の精神的なサポートを受けるためには、家族メンバーに対する支援も必要となる。

今回の仮説モデルの検証結果では、全てのケースで家族の頻回な面会がみられており、家族の手厚いサポートがあった。思春期の子どもの養育における家族機能について都市部と地方の居住地による比較した研究（中村他，2006）では、家族機能は居住する地域社会の影響大きく受けることが指摘されており、本研究のデータ収集は特定のフィールドで行っており、『家族の防御要因』は、特定のフィールドの地域社会の特性の影響を受けたことが考えられる。

4) 『社会的防御要因』

構成要素には、「入院中の仲間のサポート」、「友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」がある。

「入院中の仲間のサポート」は、苦痛をともなう治療や検査を受けながら、生活の場を共有し同じ環境の中で過ごす仲間として、共に遊び会話をすることに楽しみや喜びを感じ、またその存在を励みとする精神的なサポートである。「入院中の仲間のサポート」は、同室の患児との交流で仲間の存在を確認し、それを励みとしており、『個人的防御要因』の主体的に問題に前向きに取り組もうとする意思に影響をしている。

思春期は、仲間同士で同一の価値をもち、互いの存在意義を認め合うことが、自分の

存在意義となる（都筑，2013，p.203）。武蔵（2014）は、思春期には、自分の内にある感情を特定の他者に開示したり、共有したりする欲求が強い傾向にあり、この欲求が得られにくい状況にあると仲間関係を維持する行動も低下し、環境の適応に影響があるとしている。入院中の仲間との関係を構築し、価値や感情の共有をすることは、自己認識や入院生活の適応にも影響することが考えられる。

「友人・教師のサポート」は、学校の友人や教師の面会があり、会うことや共に遊ぶことに喜びや楽しさを感じ、友人の存在を精神的な励みとなる。学校の友人との交流は、仲間関係が継続していることを確認する機会となり、『個人のリスク要因』を抑制し、『結果要因』の「帰属意識の継続」を促進する。また、友人や教師によるサポートには、学習をはじめとした学校生活についての情報提供や退院後の復学の調整のサポートがある。患児は、長期間の入院による学校生活の中断に加え、慢性的に経過する疾患により退院後の学校生活への影響を受け、スムーズに学校生活を再開することは患児にとっては重要な課題となり、それに取り組むために、学校の友人や教師によるサポートが必要となる。「友人・教師のサポート」が認識されるのは、入院の後半の時期であり、これは、身体的な状態の安定と共に、『病気・入院関連のリスク要因』や『個人のリスク要因』が緩和された時期である。

「ヘルスケアリソース」は、医師や看護師による治療や検査・処置時のケア、病気についての情報提供、看護師による健康管理に関連した指導、看護師による生活管理やその指導、入院環境の調整、励ましや声かけなどの精神的なサポートがある。患児は、『個人的防御要因』の状況を変えようとする手段として、各ヘルスケアリソースの役割を見極めながらサポートとして認識する。ヘルスケアリソースのサポートには、患児の明確な認識がない場合もあるが、Fraser（2009，p.172）は、レジリエンスの『結果』へと経過するためには、機会や資源などの環境が満たされていることが必要であるとしており、ヘルスケアリソースは患児が問題に取り組もうとする時に、活用できる手段として常に環境として存在することが必要となる。

5) 『個人的防御要因』

慢性疾患で入院し、『病気・入院関連のリスク要因』、『個人のリスク要因』である逆境や困難を体験し、その逆境や困難立ちから立ち直り乗り越える過程で、人との関わりをもちながら相互に作用し、その関係を調整しながら、入院生活や退院後の生活が有意義

なものとなるように、問題に取り組む能力やその能力が働く過程を表す要因である。構成要素は、「人との関係を調整しながら問題に取り組む」がある。『個人的防御要因』には、問題に取り組もうとする意思があり、取り組もうとする問題を焦点化し目的をもって、解決のための方法を考え、人との関係を模索しながら調整する中で実践し、評価し、次を予測することがある。以下の4つの点について考察する。

①問題に取り組もうとする意思

患児が何らかの問題に取り組もうとする際、入院中の学習の遅れを取り戻す、入院中の仲間づくりをするなどいうふうに、取り組む問題は様々であるが、取り組むことは他者から促されるのではなく自分自身で決定されており、そこには患児の明確な意思がある。患児の自分で問題に取り組もうとした意思は、これまでの医療者との消極的なコミュニケーションのとり方を積極的に変化させ、また、他患児へ自分から積極的に声かけを行うというように、主体的に行動に繋がっている。

杉若（2011）は、人は自己のコントロール感を得るために積極的に行動を生起させるとしている。杉山（1994）は中学生を対象にした時間的継続による展望と自己統制感の関連した研究でその関連性は高いとした上で、統制感が失われるような状況に接した際に現在とは異なる未来へを創造していこうとする動機づけが高まると指摘する。問題に取り組もうとする意思は、『病気・入院関連のリスク要因』によって促進された『個人のリスク要因』の「ネガティブな自己概念」や「自己統制感の低下」を回復しようとすることに動機づけられていることが考えられる。

『個人的防御要因』は、『個人のリスク要因』によって、問題に取り組もうとする機能することを抑制されるが、『個人的防御要因』である状況を変えよう取り組む患児の意思に働き、『個人的防御要因』が発動するきっかけとなると考えられる。レジリエンスには個人にとっての逆境や困難が先行要件としてあるが、『個人のリスク要因』という逆境や困難が、その困難を乗り越えるための能力や経過である『個人の防御要因』の発動のきっかけとなる。

しかし、入院時からズルズルと度重なって期間が延長されたケースでは、延長された入院生活に焦点をあてて、取り組むことはしていないことから、『個人のリスク要因』が強く継続して認識している場合には、『個人的防御要因』を抑制する影響が強く、レジリエンスが発動する動機づけとなることは難しいことが予測される。

②問題の焦点化と目標

患児が取り組んだ問題は、入院中の学習、治療の副作用の不眠の緩和、入院中の仲間づくり、手術後の生活の立て直し、退院後の学校生活の復帰に向けての準備がある。取り組もうとする問題は、入院期間の短縮などといった病気や治療に直結したことでなく、自分自身の生活に関わることであり、自分で問題の解決に向けて判断し行動をおこせることに焦点化されている。それにより、不眠の改善、患児の仲間をつくる、退院後は学校にスムーズに復帰できる、といった自分なりの明確な目標があり、患児の主体的な問題への取り組みであることを表している。

③人との関わりの2つのパターン

人との関わりの中で関係を調整しながら問題に取り組む過程には、人との関わりに2つパターンがあった。1つは、提供されたサポートの受け手として、自分が必要な情報のみ取り込みながら問題解決に取り組むパターンである。サポートを提供する人に対して、質問する、気持ちをくむなどの相互の交流は認められない。

2つ目は、自分をサポートしてくれる人に対して、自分を支えてくれる人だと実感する、自分のことを思い心配してくれる人といった、相互の理解、思いや考えの共有、感情の共有があり、その中で問題解決に取り組むことである。入院期間では中頃よりみられ、検査や処置などが落ち着き、身体的な急激な変化がなくなり、また入院における生活環境の理解ができるようになったことがあると考える。2つ目のパターンでは、自分の問題を解決するための調整にとどまらず、家族や入院中の仲間や医療関係者を思いやり、気づかうなどの自分自身のことから他者へと感情や思考が広げられていることが考えられる。前者とは、人との相互作用の点で大きく異なる。

④問題解決に取り組むスキルの蓄積

「人との関係を調整しながら問題解決に取り組む」ための能力は、その過程において蓄積がある。退院間近になって説明時に病気の再燃の可能性があることを説明したケースでは、再燃した場合の検査や治療による苦痛を予測し、病気のあいまさと複雑性に理解ができにくい状況や、家庭や学校での生活で実行していくことへの漠然とした不安の『病気・入院関連のリスク要因』の「不確実性」はあるが、その認識と同時にそれに、今後の再燃しないための今後の健康管理についての思考が働き、『個人のリス

ク要因』が促進されていないことが予測できる。

これは、患児が、入院中のこれまでに問題解決に取り組んできた体験の中で獲得してきたスキルを、新たな困難に直面した時に活用し取り組んでいる態度や思考がある。Neenan(2015, p.27)は、レジリエンスには問題解決に取り組むスキルの蓄積があることを指摘するとともに、レジリエンスの特性である問題を乗り越える過程での柔軟性に関連することを指摘している。

6)『結果要因』

病気になり入院するという逆境や困難を体験しながら、その逆境や困難から立ち直り、乗り越えた結果を表す要因である。構成要素には、「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」があり、入院期間の後半にみられる。

「セルフケアの獲得」についてまとめると、自分の体調や入院環境を理解し、自分で意思決定を行い、病気や治療に関連した身体の状態にあわせて健康管理をし、入院という特殊な環境にあわせて食事や清潔、学習などの生活管理をし、自立した入院生活を送れることである。さらに、慢性疾患という特性から、患児は退院後も継続して生活環境や自分の健康状態に合わせて生活することが必要となり、退院後の身体的状態や環境の変化を予測し、健康管理や学校生活の設計なども含まれる。セルフケアは、入院中の生活から退院後の生活におよび多岐にわたる。

レジリエンスの結果について、Zolli&Healy (2013, p.18-25) は、必ずしも元の状態への回復を意味するのではないとし、Neenan(2009, p.34)は、自分が認識する問題以外にも目が向けられることであるとしている。これらのことから、レジリエンスモデルの結果は、患児が、絶えず変化する環境にあわせ力動的に能力を獲得あるいは発達しながら、自分の目的を達成していくことであり、さらに、レジリエンスのシステムには一部分に対する働きかけが、結果的に他の部分の向上がえられる全体論的なものであることを意味している。

「帰属意識の継続」は、入院することで物理的には家族や学校の生活を中断することになるが、病気で入院している間も、患児が家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員であるという帰属意識を継続することであり、その一員としての行動がとれることである。帰属意識は良好な友人関係の構築や自尊感情を維持することに影響し、精神的健康や生活適応の向上に間接的に関与する可能性がある（本

多, 井上, 2006)。入院し、家族や学校の友人や教師と離れた生活を送りながら、家族、学校、病院の患者の一員であるという「帰属意識の継続」は、心理的健康を維持し、前向きに現在の入院生活や今後の退院生活を送る上で重要である。

V. 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の提示とケアプログラムの提示

1. 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をケーススタディリサーチ法によって検証し、この検証をうけて「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を提示する。

「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、慢性疾患で入院している思春期患児が、病気や入院による困難な状況を体験する中で、家族や社会からのサポートを受け止め活用して、人との関係を調整しながら問題の解決に取り組み、セルフケアを獲得し、所属する社会や家族の一員であるという帰属意識を継続していく過程、能力、結果を示している。

本モデルを構成する要因には、リスク要因として『病気・入院関連のリスク要因』、『個人のリスク要因』、防御要因として『個人的防御要因』、『家族の防御要因』、『社会的防御要因』、そしてレジリエンスの成果を示す『結果要因』の6つの要因がある。「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」のモデル図（図5）のそれぞれの要因間の矢印は、影響する方向を表し、（+）は促進を、（-）は抑制を示している。

本モデルには、以下の5つの特性がある。

①思春期患児の認知・知覚・思考・感情の主観的な体験が基盤にある。

本モデルでは、患児が慢性疾患で入院していることを困難と捉え、そこから乗り越え立ち直る患児の能力、患児の体験する過程、結果を示すもで、患児の認知・知覚・思考・感情の主観的な体験を基盤にしている。レジリエンスの定義では、困難は個人にとって脅威的な状況をいい、能力は個人が持つ能力をいう（Grotberg, 2003, p.1-2 ; Masten&Garmezy, 1990）。このことから本モデルの構成要因の『個人のリスク要因』、『個人的防御要因』は患児の主観的な体験であることを示すが、さらに、『家族の防御要因』や『社会的防御要因』についても、社会や家族のサポートについて、患児がサポートとして認識し、自分に取り込むことで防御要因となる。

②思春期患児の前向きな入院中の生活体験の力動的な過程がある。

本モデルを構成する各要因は、患児が、困難から立ち直り、乗り越えていく入院生活の経過の中で、有機的に促進や抑制に関連し合いながら働く。また、本モデルでは、促進や抑制の他に、『個人のリスク要因』という逆境や困難が、その困難を乗り越えるための能力や経過である『個人の防御要因』の発動のきっかけとなることを示しており、以上のことをまとめると、本モデルは、入院中の患児の生活体験の力動的な過程がある。

③思春期患児が所属する家族や社会の人々との相互作用がある。

本モデルの『個人的防御要因』には、病気や入院に関連した逆境や困難から立ち直り乗り越える過程で、人との関わりをもちながら相互に作用し、その関係を調整しながら、入院生活や退院後の生活が有意義なものとなるように、問題に取り組む能力やその能力が働く過程がある。患児が自分をサポートしてくれる人に対して、自分を支えてくれる人だと実感する、相互の理解、思いや考えの共有、感情の共有があり、その中で問題解決に取り組むことがあり、患児が家族や社会の人々との相互に作用する中でレジリエンスが機能することを示している。

また、『個人のリスク要因』は、自分で自分自身について認識する、操作し統制するといった患児の個人的な体験であり、自己完結的な側面をもっている一方で、個人の感情や行動や思考は常に周囲の環境との関係性の中で成立しており、何らかの外的要因をうけていることが多く、その中でも他者の存在が大きく、相互性があることを示している。

④レジリエンスの能力、経過、結果を包括的、全体的に示したモデルであり

患児の成長発達の枠組みがある。

思春期患児の前向きな入院中の生活体験について、レジリエンスのに着目し、能力、経過、結果を包括的、全体的に示したモデルであり『個人的防御要因』が活発に働き、レジリエンスが機能する過程で、セルフケアの獲得、問題解決のためのスキル獲得、人を気づかう優しさや思いやりを育むことなどの人としての発達の枠組みがある。

⑤『個人的防御要因』が中心となり活発に働き、レジリエンスが機能する。

本モデルは、『個人的防御要因』が発動し活発に働くことで、レジリエンスが包括的に働き、力動的な経過をたどることを示している。

以下は、それぞれのモデルの構成要因と要因間の関連について記述する。

1)『病気・入院関連のリスク要因』

慢性疾患や入院という状況により、患児が認識するリスクである。構成要素は、「不確実性」「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」である。『病気・入院関連のリスク要因』は、『結果要因』を抑制し、『個人のリスク要因』を促進する。この要因は、入院期間では初期に強く働き、また、検査や処置が頻繁に行われる時、治療開始時、入院期間の延長などの病状の変化に対応してあらわれる場合が多い。

「不確実性」とは、患児が入院期間や病状の経過などの病気や入院に関連した出来事の意味を理解することが難しく、納得するすることができずに、不安を感じ困惑することである。慢性疾患は病態の構造が複雑であり病状は慢性的に経過し、改善や悪化を繰り返すことがあり、加えて、突然に病状が変化すること、発症してから診断が確定するまでに時間を要し治療や入院期間が決まらない状況が続くことなどがあり、病態の複雑さや病状の慢性的で長期的に経過するという特性があり、「不確かさ」を一層強化する。これらのことから、患児は多くの検査や処置を受けながら、見通しの立たない不安な時間を過ごすことになる。

「病気や症状関連の苦痛」とは、疾患の症状、治療、処置や検査などに関連する痛み、不安、不快などの体験である。苦痛には、手術や疾患の症状として1日から1週間程度の痛みや不快が持続する場合や、採血や定期的に行われる治療のように一定のサイクルで痛みや不快がある場合がある。これらの苦痛は、日常生活行動を制限し、他者とのコミュニケーションにまで影響することがある。

「生活ニーズの制約」とは、患児の生活環境はこれまで送ってきた家庭や学校の環境とは異なり、病院の特殊な構造や規則のある入院環境に合わせた生活を強いられることになる。困難である治療や検査により生活行動の制限も出現し、食事、入浴、遊び、などの生活行動や行動範囲の制約があり、患児は自由さを失う。さらに、病院環境に対して血液や痛い検査といったことを連想し、漠然とした不安や恐怖心をもつこともあり、安心した生活空

間の制約ということもある。

「連続性の途絶」とは、慢性疾患で入院することによって、入院前までの学校生活、友達との関係、家庭生活が中断され、今までとは異なる環境で生活することになり、入院するまでは続いていた生活や時間的な流れ、人との関係のあり方が途絶えることである。入院することで突然に中断され、友人や教師と共にする学習をはじめとした学校行事やクラブ活動など様々な活動ができなくなり、戸惑い、諦め、怒りといった思いや感情をもつがあり、学校への帰属意識を脅かすものとなる。

「不確実性」、「病気や症状関連の苦痛」、「生活ニーズの制約」、「連続性の途絶」の4つの要素は、個人の中で互いに関連し合い、同時期に複雑に要素が重なりあうことで、リスク要因としての患児の認識を強める。

2)『個人のリスク要因』

慢性疾患や入院の影響を受け、それによって起きる患児の個人的な体験であり、『個人のリスク要因』は、『病気・入院関連のリスク要因』によって促進される。また、『個人のリスク要因』は、『個人的防御要因』と『結果要因』を抑制する。構成要素は、「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」がある。

「ネガティブな自己認識」とは、病気によって自分自身に起きていることについて、客観的に理解することができず、病気や入院をしている自分のことを前向きに捉えることができない自分についての認識のことである。病気の自分、病気で入院治療が必要になった自分、病気のために安静が必要になった自分、体力が低下した自分、副作用によるボディイメージの変化した自分について受け入れ難く思い、自分自身を前向きに捉えられないことである。思春期は、自己概念に大きな混乱を生じる時期であり、それに対して葛藤や混乱を生じる。入院、病気や治療により自分に起きている状況の変化や身体的変化は自己概念の混乱に影響し、「ネガティブな自己認識」は、患児に精神的な葛藤や混乱を生じさせる。

「自己統制感の低下」とは、『病気・入院関連のリスク要因』により、自分の感情、思考、行動をコントロールが難しくなり低下がみられることである。自分で意識的に感情、思考を統制することであるが、病気に関連した治療や処置の苦痛により、泣くなどの感情表出、諦めや不全感、強い不安や緊張感、自分の思うように行動がとれないといった感情、行動、思考を統制感が低下することである。

「ネガティブな自己認識」と「自己統制感の低下」は相互に影響しあう。また、防御要

因が働き、レジリエンスが機能すると「ネガティブな自己認識」や「自己統制感の低下」は変化する。

3)『家族の防御要因』

患児が問題に取り組むときに活用する家族のサポートである。構成要素は、「家族のサポート」、「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族の雰囲気」である。「家族の病気や入院に対する受け止め」、「家族の雰囲気」は、潜在的に働く「家族のサポート」に影響する要素である。『個人のリスク要因』を抑制し、『個人的防御要因』、『結果要因』を促進する。

「家族のサポート」には、潜在的に働く精神的サポート、患児と学校との仲介や調整、入院生活の調整がある。患児にとって家族は、自分が困っているときに心配し、寄り添い、気づかい、自分の病気の回復を願い、自分を支えてくれる存在である。それにより、患児は安心感がえられ、孤独感は緩和し精神的な安寧を得ることができる。

「家族の病気や入院に対する受け止め」や「家族の雰囲気」についての患児の認識は、自分を支える家族環境があるという確認となり、家族の精神的サポートに影響する。「家族の病気や入院に対する受け止め」については、患児の病気の発症や入院当初はについて、家族メンバーにも精神的に動揺や混乱があり（江藤，松永，西，2004）、患児が家族の精神的なサポートを有効に受けるためには、家族メンバーの精神的安寧も必要であり、家族メンバーへの支援も必要となる。また、患児は長期間の入院により学校生活が中断されており、家族が患者と学校とを仲介する役割となり、学校での学習や行事、クラブ活動などの情報の提供も重要なサポートとなる。

4)『社会的防御要因』

患児が問題に取り組むときに活用する社会的なサポートである。構成要素は、「入院中の仲間のサポート」、「友人・教師のサポート」、「ヘルスケアリソース」である。『個人のリスク要因』を抑制し、『個人的防御要因』、『結果要因』を促進する。

「入院中の仲間のサポート」は、自分と同じように入院生活を送る仲間によるサポートである。苦痛をともなう治療や検査を受けながら、生活の場を共有し同じ環境の中で過ごす仲間をつくり、その仲間達と共に遊び会話をすることに楽しみや喜びを感じ、またその仲間の存在は励みとなり精神的なサポートとなる。

「友人・教師のサポート」は、学校の友人や教師によるサポートである。患児にとって、友人や教師の面会は、会い、話し、遊ぶことで、喜びや楽しさが感じられ、友人や教師の存在を精神的な励みとする。学校の友人との交流は、仲間関係が継続していることを確認する機会にもなる。また、友人や教師による学習をはじめとした学校生活についての情報提供や退院後の復学の調整のサポートがある。「友人・教師のサポート」が患児に認識されるのは、入院当初にあった病気・症状関連の苦痛が緩和され、入院が一定の期間を過ぎた後半になる。

「ヘルスケアリソース」は、医師、看護師などの医療スタッフによるサポートである。医師や看護師による治療や検査・処置時のケア、病気についての情報提供、看護師による健康管理に関連した指導、看護師による生活管理やその指導、入院環境の調整、励ましや声かけなどの精神的なサポートがある。患児は、『個人的防御要因』の状況を変えようとする取り組み手段として、各ヘルスケアリソースの役割を見極めながらサポートとして認識する。

5)『個人的防御要因』

『病気・入院関連のリスク要因』、『個人のリスク要因』である逆境や困難を体験し、その逆境や困難立ちから立ち直り乗り越える過程で、人との関わりをもちながら相互に作用し、その関係を調整しながら、入院生活や退院後の生活が有意義なものとなるように、問題に取り組む能力やその能力が働く過程を表す要因である。構成要素は、「人との関係調整をしながら問題に取り組む」である。『病気・入院関連のリスク要因』は、『結果要因』を促進する。また、『個人的防御要因』は、『個人のリスク要因』によって、問題に取り組もうと機能することが抑制されるが、『個人のリスク要因』がある状況を変えよう取り組む患児の意思に働き、『個人的防御要因』が発動するきっかけとなる。

「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」とは、問題に取り組もうとする意思があり、取り組もうとする問題を焦点化し、自分なりの目的や目標をもって、解決のための方法を考え、人との関係を模索しながら調整する中で実践し、評価し、次を予測することがある。その過程で、家族、友人、教師、入院中の仲間、ヘルスケアリソースの支えがあることを認識し、必要となるサポートを判断し、そのサポートを積極的に得ながら問題に取り組み、その成果が得られたことを確認し実感する。

人との関係調整は、サポートを提供する人との相互の交流は認められず、提供されたサポートの受け手として自分の中に取り込みながら問題解決に取り組む場合と、自分をサポ

ートしてくれる人に対して、支えてくれる人だと実感する、自分のことを思い心配してくれる人といった感情があり、相互の理解、思いや考えの共有、感情の共有があり、自分の問題を解決するための調整にとどまらず、他者を思いやり、気づかうなどの自分自身のことから他者へと感情や思考が広げられる場合とがある。

「人との関係を調整しながら問題解決に取り組む」ためのスキルは、入院中の過程で蓄積され、入院中に再び問題に取り組む際に活用される。

6)『結果要因』

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスの結果である。構成要素には、「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」である。

「セルフケアの獲得」とは、自分の体調や入院環境を理解し、自分で意思決定を行い、病気や治療に関連した身体の状態にあわせて健康管理をし、入院環境にあわせて食事や清潔、学習などの生活管理をし、自立した入院生活を送れるようになることである。さらに、慢性疾患という特性から、患児は退院後も継続して生活環境や自分の健康状態に合わせて生活することが必要となり、退院後の身体的状態や環境の変化を予測し、健康管理や学校生活の設計なども含まれる。

「帰属意識の継続」とは、患児は、入院することで物理的には家族や学校の生活を中断することになるが、病気で入院している間も、家族の一員である、学校の生徒の一員である、入院患者の一員であるという帰属意識を継続することであり、これらの集団の一員としての行動がとれることである。帰属意識は良好な友人関係の構築や自尊感情を維持に影響し、精神的健康や生活適応の向上に間接的に関与する可能性がある(本多, 井上, 2006)。

2. ケアプログラムの提示

「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をもとに、ケアプログラムを示す。

「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、慢性疾患で入院している思春期患児が、病気や入院による困難な状況を体験する中で、家族や社会からのサポートをえて、人との関係を調整しながら問題を解決していく力動的な過程、能力、結果を示し、家族や社会の人々との相互作用がある。これらのことから、レジリエンスの促進のためには、各要因をもとに、患児のレジリエンスをアセスメントし、『個人的防御要因』が活発に働き、レジリエンスが機能するために、患児の認識に働きかける介入が必要となる。

1) 患児のレジリエンスの評価

患児のレジリエンスのアセスメントを構成要因ごとに行い、介入の方向性、方法を決定する。また、介入の適正や効果について評価を行う。アセスメント項目について以下に示す。

(1) 病気・症状関連のリスク要因

- ① 不確実性：病気や治療、入院についての理解の状況と経過や認識の変化
- ② 病気や症状関連の苦痛の有無：病気の症状による苦痛、検査や治療による苦痛と経過と変化
- ③ 生活の制約の有無：生活行動の不自由さの有無、入院の生活環境の認識の変化
- ④ 途絶感の有無：時間や生活環境、人とのつながりの途絶感（家族、学校、地域）とその変化

(2) 個人のリスク要因

- ① 自己認識について
- ② 自己統制感について

(3) 家族の防御要因

- ① 家族のサポートの状況、患児のサポートの認識
- ② 家族の病気や入院に対する受け止め、それについての患児の認識
- ③ 家族の雰囲気、それについての患児の認識

(4) 社会的防御要因

① 入院中の仲間のサポートの状況とそれについての患児の認識：

入院患児についての認識、入院中の他の患児の状況（環境）

② 友人や教師のサポートの状況とそれについての患児の認識：

面会の状況、面会時の様子

③ ヘルスケアリソースについての患児の認識

(5) 個人的防御要因

① 人との関係調整の状況について

・家族との関係、入院前の友人や教師との関係、他患児、ヘルスリソースとの関係と変化や経過

・問題解決にむけての取り組みとの関連

② 問題解決にむけての取り組みについて

・問題に取り組む主体的な意思の有無、目標

・取り組む問題の内容、行動

(6) 結果要因

① セルフケア獲得の状況やその時期

② 帰属意識について（家族、学校、患児としての経過）

2) 『個人的防御要因』が発動され働くことに向けてのケア

レジリエンスは 個人の主観的体験モデル レジリエンスが機能するにはモデルの『個人的防御』が発動され機能することが必要であり、その機能に有効なケアが必要となる。

(1) 情報の提供（病気や治療・入院に関連する事項、入院環境、活用可能なサポート・リソースの活用）

① 病気：病状の経過、今後の予測、病状の生活への影響

② 治療：治療の経過、治療に関連した生活への影響

③ 入院環境

④ 活用できるサポート・リソース

(2) 患児が取り組もうとしていること（問題）と目標の共有

(3) コミュニケーションスキルの獲得

- (4) 成功体験の共有、確認（うまくいった体験）
- (5) 面談計画をたて定期的に面談をおこなう
- (6) 他患児との集団面談
- (7) 『病気・入院関連のリスク』の「病気や症状関連の苦痛」の早期の緩和
- (8) サポートを取り込みやすくするための環境調整

3) 家族サポートの活用

家族サポートには、患児に潜在的に働く精神的なサポートがあり、ケアには家族環境を整えることも必要である。

4) 社会的サポートの活用（入院中の仲間、学校の友人や教師、ヘルスケアリソース）

- (1) 社会的サポートについての情報を提供する
- (2) 機会と場の提供

VI. 考 察

本研究では、第一に「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築する、第二に、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をケーススタディリサーチ法により検証し、新モデルを開発し、思春期患児のレジリエンス促進のケアプログラムを提示したが、これらの過程を経て、全体の考察を以下の4点にまとめて述べる。

1. Haase の Adolescent Resilience Model (ARM) との比較

Haase の Adolescent Resilience Model (Haase JE, 2004) は、慢性疾患をもつ青年期の患者の文脈において開発されたモデルであるが、主にがんの青年期患者を対象に研究がされている (Haase JE, 2009, p.275)。モデルを構成する要因は、病気関連のリスク、個人的リスク、個人的防御、家族の防御、社会的防御、結果の6つからなる。個人的リスク要因には「防衛的なコーピング (defensive coping)」があり、個人的防御要因については、「前向きなコーピング (positive coping)」と「意味を見出す (derived meaning)」が要素としておかれており、コーピングが重要な概念となっている。

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルでは、病気体験に加え自分の通常の生活の場を離れ、医療の場での生活という困難を体験する入院を逆境と捉え、入院している思春期患児のレジリエンスに焦点をあてたモデルである。本モデルは、Haase によるモデルが、がんの体験を逆境として捉え入院生活・在宅生活という区分はなく、がん体験のすべての期間としていることとは異なり、入院という一定の期間に限局したものである。そのため、本モデルの『病気・入院に関連したリスク要因』には、入院することによってそれまでの学校生活、友達との関係、家庭生活が中断され、入院するまでは続いていた生活や時間的な流れ、人との関係のあり方が途絶える「連続性の途絶」という要素が含まれている。この「連続性の途絶」は、『個人のリスク要因』の「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」に強く影響している。

また、Haase のモデルでは、結果要因は「QOL (quality of life)」として、生活全体を捉えた抽象的な概念で示されているが、本モデルの『結果要因』は、入院中あるいは入院直後の在宅生活に視点をあて、「セルフケアの獲得」と「帰属意識の継続」という構成要素があり、思春期の発達課題を反映している。

Haase のモデルは、生涯発達の視点を基盤にしている。本モデルでは、『個人的防御要因』の問題解決にむけてのスキルの蓄積、自分への信頼、他者への信頼と思いやり、やさしさを育むこと、『結果要因』においてはセルフケアの獲得として、患児の発達とその方向が具体的に示されている。これは、個人の発達を支える介入の方向性や方法について具体的に検討する際に有効であると考ええる。

2. ストレス・コーピングとの関連

健康問題において、ストレスの強い状況から適応状態に至るプロセスについては、心理学を中心とする概念であるコーピング (coping) が多く用いられている。わが国における病気で入院中のストレスに対する適応のための援助に関する先行研究は、幼児後期から学童前半の時期の患児を対象にしたものが多いが、その多くがストレス・コーピングによって説明され、ストレスへの対処に関する個人への援助について検討されている (渡邊, 2011)。

Lazarus & Folkman (1984. p.14-24) は、コーピングを心理的ストレスになった出来事について、認知的努力や行動的努力によってストレスを処理するプロセスと定義している。コーピングがストレス反応を抑制して適応を保つ心理的強さであることに対し、レジリエンスは一時的に不適応状態に陥った後で自分を再構成化して回復する力であり (小塩, 中谷, 金子, 長峰, 2002)、対処する能力や結果として内的な適応状態があることとして示されている。Hasse によるレジリエンスモデルにおいて、コーピングはレジリエンスにネガティブに影響する防御コーピング (個人のリスク)、ポジティブに影響するポジティブコーピング (個人的防御) として位置づけられている。防御コーピングは、初めて遭遇する状況などにおいて、適切な時間や資源を得てポジティブコーピングスキルを発達させる期間に、頻繁に用いられる対処方法であると述べている (Hasse, 2004)。

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルでは、『個人的防御要因』の要素の「人と関係を調整しながら問題解決に取り組む」には、人との関わりにおいて 2 つパターンが明らかとなった。それは、提供されたサポートの受け手として自分の中に取り込みながら問題解決に取り組む場合と、サポートを提供する他者に対して自分を支えてくれる人だと実感する、自分のことを思い、心配してくれる人といった感情があり、相互の理解、思いや考えの共有、感情の共有があり相互作用がある場合がある。前者の

場合には、『病気・入院に関連したリスク』、『個人的リスク』であるストレスに対するコーピングが存在すると考えられる。

本モデルの『結果要因』には、「セルフケアの獲得」、「帰属意識の継続」がある。「セルフケアの獲得」は、自分の体調や入院環境を理解し、自分で意思決定を行い、病気や治療に関連した身体の状態にあわせて健康管理するなどの、入院中の生活から退院後の生活におよび、それは多岐に渡っている。レジリエンスが機能して得られる結果は、『病気・入院関連のリスク』や『個人のリスク』の患児の認識するストレスの対処にとどまらず、生活全般のセルフケアの自立を示している。Neenan (2015, p.34) は、レジリエンスにおける個人の問題点の認識について、自分が認識する問題以外にも目が向けられることであるとしている。本モデルの『結果要因』は、病気になり入院生活を送る中で患児が、前向きにより良い生活を送ろうと能力を獲得しながら自分の目的を達成し、さらに、患児が認識した問題に対する働きかけがあり、結果的に患児の生活全般の質の向上が得られるものであることを示している。

3. レジリエンスの力動的な過程

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルは、構成する各要因が、患児が困難から立ち直り、乗り越えていく入院生活の経過の中で、有機的に促進や抑制に関連しあいながら働くことがある。また、要因間の関連については、促進や抑制だけでなく、個人のリスク要因という逆境や困難が、その困難を乗り越えるための能力や経過である個人の防御要因の発動となるという、入院中の患児の生活体験の力動的な過程を示したモデルである。

『個人的防御要因』には、病気や入院に関連した逆境や困難から立ち直り乗り越える過程で、人との関わりをもちながら相互に作用し、その関係を調整しながら、入院生活や退院後の生活が有意義なものとなるように、問題に取り組む能力やその能力が働く過程がある。子どものレジリエンスについての把握は、これまでは、尺度（石毛，無藤，2005；高辻，2002；小花和，1999）を用いて測定がされ、これは個人のレジリエンスの心理特性、態度、行動といった、レジリエンスの過程におけるある特定の時点での個人のレジリエンス能力や特性を測定し、レジリエンスを把握することを可能にしている。

レジリエンスの力動的な過程を示す本モデルを用いることにより、構成する要因と要因間の関連を明らかにし、各要因の内容と経時的変化を詳細に把握し評価することが可

能になり、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスの力動的な過程、能力、結果を包括的に把握し、患児のレジリエンスの今後の予測に役立ち、ケアの方向性や方法を決定する上で有用であると考ええる。

また、本モデルでは、『個人のリスク要因』という逆境や困難が、その困難を乗り越えるための能力や経過である『個人の防御要因』の発動のきっかけとなり、患児が問題解決に向けて取り組もうとする意思に働きかけることが予測され、『個人のリスク要因』が強く継続して認識されている場合には、『個人的防御要因』の発動する動機づけとなることは難しいことが明らかとなっているため、『個人のリスク要因』の緩和や継続を防ぐことに向けてのケアの必要性を示唆する。

4. 思春期のレジリエンスモデル

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルは、人生の思春期の時期を対象にしたモデルであり、患児が体験する出来事についての認識や行動を、患児が所属する家族や社会の人々との相互作用の中で変容するものとして捉えている。

『個人のリスク要因』には、「ネガティブな自己認識」、「自己統制感の低下」がある。思春期の自己概念の特性として、自己表象や自己評価が変動することに対して葛藤や混乱を生じ不安定になり（岩本，2015）、自分が他者からどのように規定されるのかを強く意識し、他者からの評価や視線に敏感になり、他者との関係が影響することを指摘されている（杉若，2011）。これらのことより、思春期は、他者との関係の中で、自己概念やそれに関連して自己統制感是不安定になる時期であり、患児の場合には、そこに病気で入院するというリスク要因が二重にあり、『個人のリスク要因』として強固なものになっていることが考えられる。しかし、『個人のリスク要因』は強固である一方で、自己完結的な側面ばかりでなく、個人の感情や行動や思考は常に周囲の環境との関係性の中で成立しており、何らかの外的要因をうけていることが多く、その中でも他者の存在の影響は大きい（杉若，2011）ため、周囲の人々との関係調整をいかにするか、周囲の人々からのサポートをいかに活用するかが、レジリエンスが機能することに影響するところが考えられる。

『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」には、『家族の防御要因』の家族によるサポート、『社会的防御要因』の入院中の仲間、友人や教師、ヘルスケアリソースのサポートを得て、サポートを提供する人々との関係を調整し

ながら問題に取り組む過程がある。思春期は、精神的社会的に自立とへと向かう時期である。それは、親からの自立が中心となり、親離れという現象がある（服部，2000，p.71）。しかし、一方で、慢性疾患で入院中の患児にとっては、家族メンバーである母親や父親の存在は、入院生活を支える最も重要な他者であり、「家族のサポート」は、潜在的に精神的サポートとして働き、『個人的防御要因』の「人との関係調整をしながら問題解決に取り組む」においては、「家族のサポート」を積極的に取り込むことになる。親からの自立に向かおうとする一方で、病気で入院生活を送る上で、親からのサポートを受けることは必要不可欠なことであり、葛藤などの複雑な精神状態であることが示唆される。

VII. 結 論

慢性疾患で入院中の思春期患児は、治療を受け入れ、日常的に行われていた社会生活を中断し、入院生活に適応していくことが求められる。さらに、健康状況が安定した後は家庭や学校生活の中で治療や療養を継続することになる。その状況の中で、患児自身が持てる力を十分に発揮しながら主体的で前向きに生活し、健やかに成長発達をするように支えることは看護にとって重要である。健康の概念を前向きな視点で捉えたものとして、レジリエンス（resilience）がある。今回、患児が病気や入院といったストレスなどの逆境に遭遇したときに、うまく適応していくための看護にレジリエンスの視点を用いることは有効であると考え、レジリエンスモデルの開発を行った。

本研究の目的は、レジリエンスに視点をあて、第一に、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス促進のための「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築する、第二に、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をケーススタディリサーチ法により検証し、新モデルを開発し、思春期患児のレジリエンス促進のケアプログラムを提示することである。

第一の「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」構築では、まず、日本の子どものレジリエンスに関する文献検討を行い、子どものレジリエンスの概念の属性、先行要件、結果を明らかにし、慢性疾患で入院中の思春期患児に適応できることを確認した。次に、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに関連する文献検討、既存のレジリエンスモデルの検討を行い、慢性疾患の思春期患児のレジリエンスに影響する要因やレジリエンスを促進する要因を明らかにし、病気・入院関連のリスク、家族の防御、社会的防御、個人のリスク、個人的防御、結果の6つの要因からなる「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を構築した。

第二に、「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」を理論的枠組みとして設定し、仮説検証型の複数ケーススタディを行った。検証では、慢性疾患で入院中の思春期患児の5事例のケーススタディを行い、分析の結果、モデルの構成要因、構成要因の要素や内容、要因間の関係が明らかとなり、検証の結果をもとに新モデルを開発した。さらに、開発した新モデルを用いて、思春期患児のレジリエンス促進にむけて、ケアプログラムを提示した。

開発した「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」は、慢性疾患

で入院している思春期患児が、病気や入院によるリスクを体験する状況下で、人との関係を調整しながら、家族や社会からのサポートを取り込み、問題を解決していく能力、過程、結果を示している。本モデルの特性として以下の5点がある。①思春期患児の認知・知覚・思考・感情の主観的な体験が基盤にしている、②思春期患児の前向きな入院中の生活体験の力動的な過程を示す、③思春期患児が所属する家族や社会の人々との相互作用を示す、④レジリエンスの能力、経過、結果を包括的、全体的に示したモデルであり患児の発達の枠組みをもつ、⑤『個人的防御要因』が中心となり活発に働き患児のレジリエンスが機能することを示す、という点である。

モデルは6つの要因で構成されている。慢性疾患や入院という状況により患児が認識するリスクである『病気・入院関連のリスク要因』、その慢性疾患や入院のリスク要因の影響を受けておきる患児の体験の『個人のリスク要因』、患児が問題に取り組むときに活用する家族のサポートの『家族の防御要因』、友人や教師、入院中の仲間やヘルスケアリソースの『社会的防御要因』、そして『病気・入院関連のリスク』や『個人のリスク』がある状況を乗り越えるために働く『個人的防御要因』、レジリエンスが機能した結果であるセルフケアの獲得や帰属意識の継続の『結果要因』である。また、各要因間には、促進あるいは抑制に影響する、あるいは影響を受けるという関連がある。

慢性疾患で入院中の思春期患児のケアプログラムは、患児の認識に働きかけ、『個人的防御要因』が活発に働き、レジリエンスが機能するためのケアを提示した。①患児のレジリエンスの評価、②『個人的防御』が発動され活発に働くためのケア、③家族のサポートの活用、④社会的サポートの活用、の4点を柱とする具体的なケアのプログラムである。

VIII. 研究の限界

本研究における Yin のケーススタディリサーチ法による仮説モデルの検証では、対立するケースの検討は分析の内的妥当性、信頼性を更に高めることになる (Yin, 1994, p.48～49)。しかしながら、本研究のケースの対象の特殊性から、対立するケースの対象から個人的な体験について、データを見出し確認することはできていない。

また、本研究のデータ収集におけるフィールドは、特定の一カ所の地域で行った。思春期の子どもの養育における家族機能については、都市部と地方の居住地による比較した研究 (中村他, 2006) では、家族機能は居住する地域社会の影響大きく受けることの指摘などがあり、地域の特性が結果に影響した可能性が考えられる。

IX. 今後の課題

今後、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の理論的一般化に向け、妥当性、信頼性を高めるため、多様な研究フィールドでのモデルの検証を行うことが必要である。

また、本研究で提示したモデルを用いたケアプログラムを実践し、そのケアプログラムの妥当性、『個人的防御要因』が活発に働き、レジリエンスが機能しているかの効果を評価することが必要となる。評価については、本モデルの特性である①思春期患児の認知・知覚・思考・感情の主観的な体験を基盤にしている、②思春期患児の前向きな入院中の生活体験の力動的な過程を示す、③思春期患児が所属する家族や社会の人々との相互作用を示す、④レジリエンスの能力、経過、結果を包括的、全体的に示したモデルであり患児の発達のパターンをもつ、⑤『個人的防御要因』が中心となり活発に働き患児のレジリエンスが機能する、という点に着目し「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」をもとにしたケアプランの有用性について、評価することが必要であり、それがケアプログラムの妥当性と共に、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」の信頼性を高めることになるものと考えている。

謝 辞

本研究を遂行し、学位論文を完成するにあたり、多くの方々に御世話になり、ここに深く感謝の意を表します。

研究調査におきましては、面接調査に参加して下さいました患児の皆様、患児のご家族の皆様、担当看護師の皆様には、研究参加に快諾を頂き、貴重な時間を調整し研究データの提供をして下さり、心よりお礼を申し上げます。また、本研究について、ご理解を頂き、ご協力を頂きました、施設の関係者の方々に、お礼を申し上げます。特に看護部長、研究参加の患児の方々に関連の病棟医長、病棟師長の方々に、研究参加者の方々のご紹介をはじめ、調査のための場の提供などの多くのご支援、ご協力をして頂き、心よりお礼を申し上げます。

指導教官の草場ヒフミ教授には、研究テーマの選択から、研究の方法、調査の実施、論文の執筆に至るまで研究活動全般にわたり、終始、丁寧で暖かいご指導と激励を賜りました。心より感謝申し上げます。私が3年間で博士論文をまとめることができたのは、先生が研究者としてのやりがいと面白さを常に私に示してくださり、私のゆっくりとした歩みに辛抱強く付き合って下さったことに他なりません。私は、この経験を心の糧に今後も、看護の実践、研究、教育に貢献できるよう努力していく所存です。

研究計画書作成、学位論文作成にあたりましては、審査委員として多くのご助言、ご意見を下さり、ご指導して頂きました、荻野雅教授、遠藤恵美子教授に、深く感謝申し上げます。

文 献

- Ahern, N. R. (2006). Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175-185.
- Alexander L. George and Andrew Bennett (2005)／泉川康博訳 (2013). *社会科学のケース・スタディ-理論形成のための定性的方法-第 1 版* (pp. 202-226), 東京：勁草書房.
- Brokstein, R. T., Cohen, S. O., Walco, G. A. (2002). Starbright World and Psychological Adjustment in Children with Cancer: A Clinical Series. *Children's Health Care*, 31(1), 29-45.
- Andrew Zolli & Ann Marie Healy (2012)／須川綾子訳 (2013). *レジリエンスレ復活力* (pp. 21-25), 東京：ダイヤモンド社.
- Earvoline-Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.
- Edith, H. G. (2003). *Resilience for today* (pp1-29, pp141-160), the United States of America.
- 江藤節代, 松永千絵, 西敬子 (2004). 思春期の慢性腎疾患患児の親の体験に関する研究. *家族看護学研究*, 10(1), 32-38.
- Fraser M. W. (2004).／門永朋子, 岩間伸之, 山縣文治訳 (2009). *子どものリスクとレジリエンスー子どもの力を生かす援助ー初版* (pp. 30-75, pp. 175), 京都：ミネルヴァ書房.
- Garcia-Dia, M. J., Dinapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., O' Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 264-270.
- Grizenko. M. T., and Fisher. C. (1992). Risk and protective factors psychopathology in children. *Canadian journal of psychiatry*, 37, 711-721.
- Grotberg. E. H. (2003) *Resilience for Today: gaining strength from adversity* (pp. 1-30). United States of America. Praeger Publisher.

- 長谷川孝音, 江本リナ, 深谷基裕, 中澤淳子, 飯村直子, 西村実希子, …伊藤孝子(2009).
入院している子どもが脅かされている事とその援助に関する文献検討. *日本小児看護学会誌*, 18(2), 29-36.
- 服部祥子(2000). *生涯人間発達論* (pp. 69-80), 東京: 医学書院.
- 服部祐兒, 村松常司, 石田敦子, 廣美里, 廣紀江, 服部洋兒, … 藤猪省太(2013). 高校生のレジリエンス, セルフエスティームと対人ストレスイベント, ストレス対処行動との関連. *スポーツ整復療法学研究*, 14(3), 117-129.
- 原郁水, 水野由佳里, 村田育世, 古田真司, 村松常司(2010). ブラジル人児童と日本人児童のレジリエンス(精神的回復力)の比較. *愛知教育大学保健環境センター紀要*, 9, 7-15.
- 原郁水, 古田真司, 村松常司(2011). 小学生のストレスへの感受性とレジリエンスがセルフエスティームに及ぼす影響. *学校保健研究*, 53, 277-287.
- 原郁水, 古田真司(2012). 小学生のレジリエンスと対人ストレスコーピングおよびセルフエスティームの関連. *東海学校保健研究*, 36(1), 43-54.
- Hasase, J.E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
- Hasase, J.E. *RESILIENCE*, Peterson S.J, Bredow TS. (2013) *Middle Range Theories* (pp. 257) .China.
- 早川香 (1997) .小児がん患児の発症から退院後現在までに母親が経験した葛藤について. *日本看護学会誌*, 6(1), 2-8.
- 菱田一哉, 川畑徹朗, 宋昇勲, 辻本悟史, 今出友紀子, 中村晴信, … 石川哲也(2011). いじめの影響とレジリエンシー, ソーシャルサポート, ライフスキルとの関係—新潟市内の中学校における質問紙調査の結果より—. *学校保健研究*, 53, 107-126.
- 菱田一哉, 川畑徹朗, 宋昇勲, 辻本悟史, 今出友紀子, 中村晴信, … 石川哲也(2012). いじめの影響とレジリエンシー, ソーシャルサポート, ライフスキルとの関係(第2報)—新潟市及び広島市の中学校8校における質問紙調査の結果より—. *学校保健研究*, 53, 509-526.
- 昼田源四郎(2011). ADHD のある児童に対する認知リハビリテーション. *認知リハビリテーション*, 16(1), 8-14.

- 平野真理(2011). 中高生における二次元レジリエンス要因尺度〈BRS〉の妥当性－双生児法による検討. *パーソナリティ研究*, 20(1), 50-52.
- 日高潤子, 尾崎啓子(2007). 適応指導教室における不登校中学生の回復に関する研究(1)－卒業生 2 名の面接調査によるレジリエンスの観点からの検討－. *目白大学心理学研究*, 3, 51-61.
- 本多公子, 井上祥治(2006). 高校生の学級集団帰属意識の構成要因が精神健康度及び学校生活適応感に及ぼす効果. *岡山大学教育実践総合センター紀要*, 6, 111-118.
- Im, Y. J., Kim, D. H. (2012). Factors associated with the resilience of school-aged children with atopic dermatitis. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 80-88.
- Ishibashi, Ueda, Kawano, Nakayama, Matsuzaki, Matsumura(2010). How to Improve Resilience in Adolescents With Cancer in Japan. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(2), 73-93.
- 伊藤景一(2011). 臨床に活かすケーススタディ・リサーチ－ケーススタディ・リサーチに対する従来の偏見を解く－. *看護実践の科学*, 36(3), 60-63.
- 石毛みどり, 無藤隆(2005). 中学生におけるレジリエンシー(精神的回復力)尺度の作成. *カウンセリング研究*, 38(3), 235-246.
- 石毛みどり, 無藤隆(2005). 中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャルサポートとの関連－受験期の学業場面に着目して－. *教育心理学研究*, 53, 356-367.
- 石井京子(2009). レジリエンスの定義と動向. *看護研究*, 42(1), 3-14.
- 岩本純子(2015). 自己概念の発達-乳児期, 幼児期, 児童期, 思春期. *鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要*, 6, 25-32.
- 片山美香, 松橋 有子(2003). 川崎病の子どもをもつ母親の 10 年間の心理的発達プロセス 母親自身の病気受容過程の視点から. *看護学統合研究*, 5(1), 40-50.
- 金井幸光, 内田一成(2005). 思春期におけるレジリエンス構成要因の因果関係についての臨床的研究. *上越教育大学心理教育相談研究*, 4, 1-14.
- 小林正夫, 松原紫, 平賀健太郎, 原三智子, 浜本和子, 上田一博 (2002). 血液・腫瘍性疾患患児のレジリエンス. *日本小児血液学会誌*, 16, 129-134.
- 河上智香(2009). 在宅中心静脈栄養法を施行している学童期の子どもと親のレジリエンス. *看護研究*, 42(1), 27-35.

- Kim, D., Yoo, I. (2010). Factors associated with resilience of school age children with cancer. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 431-436.
- Kim, D., Im, Y. (2012). Resilience as a protective factor for the behavioral problems in school-aged children with atopic dermatitis. *J Child Health Care*, 18(1), 47-56.
- Lee, S., Kim, S., Choi, J.Y. (2014). Coping and Resilience of Adolescents With Congenital Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 340-346.
- 前田貴彦, 藤原千恵子, 杉野健士郎, 平田研人, 上杉佑也 (2011). 慢性疾患の思春期の子どもが入院中に認識した問題を解決するための支援者とその支援. *思春期学*, 29(4), 359-369.
- 前田貴彦, 藤原千恵子, 上杉佑也, 杉野健士郎, 平田研人 (2010). 慢性疾患で入院中の思春期の子どもが認識する問題について. *思春期学*, 28(4), 413-423
- 前田陽子 (2013). 思春期に小児がんを発症した患児の入院体験-小児がん経験者の語り-. *日本小児看護学会誌*, 22(1), 64-71.
- 丸光恵 (2007). 小児看護からみた思春期患者の現状と課題. *思春期学*, 25(1), 190.
- Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions From the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Mitchell, D. K., Murdock, K. K., McQuaid, E. L. (2004). Risk and Resilience in Urban Children With Asthma: A Conceptual Model and Exploratory Study. *Children's Health Care*, 33(4), 275-297.
- Neenan, Mitchell (2009) / 柳沢圭子訳 (2015). あなたの自己回復力を育てる (pp33-36)、東京: 金剛出版.
- 三村保子, 力武由美 (2010). ドメスティック・バイオレンス (DV) のある家庭に育った子どもの支援—レジリエンスの視点を持つことの意義—. *西南女学院大学紀要*, 14, 233-239.
- 三澤雪, 伊藤千恵, 佐藤容子, 渡邊洋美, 平元泉 (2010). 家族が患児への病気の説明を望まない事例への援助-突然の胸痛で入院し、治療が開始された学童期女兒への関わり. *小児がん看護*, 5, 90-99.
- 宮崎史子 (2016). 子どものレジリエンスの概念分析. *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 10, 29-36.

- 森浩美, 嶋田あすみ, 岡田洋子(2008). 思春期に発症したがん患者の病気体験とその思い—半構造化面接を用いて. *日本小児看護学会誌*, 17(1), 9-15.
- 村田恵子(1994). 身体の動きを制限された学童のストレス認知とコーピング過程. *日本看護科学学会誌*, 14(1), 19-27.
- 村田直子(2008). 自己の時間的連続性に関する臨床心理学的考察. *大阪大学教育学年報*, 13, 55-65.
- 村田直子(2009). 関係性から見た時間的連続性についての考察:心理療法における時間と他者. *大阪大学教育学年報*, 14, 51-61.
- 武藤由佳(2014). 児童生徒の友人・仲間関係に対する欲求の検討. *早稲田大学大学院教育学研究科紀要*, 21(2), 83-92.
- 長江美代子, 土田幸子(2013). 精神障がいのある親と暮らす子どもの日常生活と成長発達への影響. *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 8(1), 83-96.
- 長尾史英, 芝崎美和, 山崎晃(2008). 幼児用レジリエンス尺度の作成. *幼年教育研究年報*, 30, 33-39.
- 長田春香, 岩本文月, 大秦加奈子, 岡田洋子, 蒲原由記, 筒井翔子, … 関秀俊(2006). 中学生の日常的ストレスにおけるレジリエンスの意義. *小児保健研究*, 65(2), 246-254.
- 中村由美子, 赤羽衣里子, 杉本晃子, 澁谷泰秀, 下山祐子, 米谷真紀子, … 工藤明美(2006). A町の養育期にある家族と中学生の子どもをもつ家族の家族機能の比較. *青森保健大雑誌*, 7(2), 203-212.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子(2006). 先天性心疾患をもつ思春期にある人のレジリエンスの特徴. *日本小児看護学会誌*, 15(2), 22-29.
- 仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス(第1報)—背景要因によるレジリエンスの差異—. *小児保健研究*, 67(6), 826-833.
- 仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス(第2報)—病気認知によるレジリエンスの差異—. *小児保健研究*, 67(6), 834-839.
- 小花和 W. 尚子(1999). 幼児のストレス反応とレジリエンス. *四條畷学園女子短期大学研究論文集*, 33, 47-62.

- 大城育子(2013). 帰属意識を高める予防的開発的な教育相談—構成的グループエンカウンターとアサーティブトレーニングの実践を通して—. 沖縄県立総合教育センター 前期長期研修員 研究集録, (54), 45-55.
- Phipps, S., Peasant, C., Barrera, M., Aderfer, M. A., Huang, Q., Vannatta, K. (2012). Resilience in Children Undergoing Stem Cell Transplantation: Results of a Complementary Intervention Trial. *Pediatrics*, 129(3), 762-770. DOI: 10.1542/peds.2011-1816.
- Richard S. Lazarus, Susan Folkman(1984). /本明寛, 春木豊, 織田雅美監訳 (1991). ストレスの心理学—認知評価と対処の研究— (pp. 14-24), 東京: 実務教育出版.
- Robert, K. Y. (1994)/近藤公彦訳 (2013). ケース・スタディの方法(初版), 東京: 千倉書房.
- Robert, K. Y. (2014). *Case Study Research Desigh and Methods 5*, The United States of America: CosmosCorporation.
- Rutter, M. (1985). Resilience in Face of Adversity Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- 末盛慶(2007). 思春期の子どもに対する親の養育行動に関する先行研究の概観 —親の養育行動の次元構成および子どもに与える影響について—. 日本福祉大学社会福祉論集, (117), 51-71.
- 杉若弘子(2011). できない, でも(少しは)できるようになりたい:セルフコントロールの臨床心理学. *心理臨床科学*, 1(1), 17-20.
- 杉山成, 神田信彦(1991). 時間的展望に関する研究(1)—非行少年の時間的展望について—. 立教大学心理学科研究年報, 34, 63-69.
- 杉山成(1994). 中学生における一般的統制感と時間的展望の関連性. *教育心理学研究*, 42(4), 53-58.
- 杉山成(1995). 時間次元における諸自己像の関連から見た時間的展望. *心理学研究*, 66(4), 283-287.
- 砂賀道子, 二渡玉江(2011). がん体験者のレジリエンスの概念分析. *The KITAKANTO Medical journal*, 61, 135-142.
- 庄司順一(2009). レジリエンスについて. *人間福祉学研究*, 2(1), 35-47.

- 高辻千恵(2002). 幼児の園生活におけるレジリエンスー尺度の作成と対人葛藤場面への反応による妥当性の検討ー. *教育心理学研究*, 50, 427-435.
- 高橋泉(2013). 「家族レジリエンス」の概念分析-病気や障害を抱える子どもの家族支援における有用性-. *日本小児看護学会誌*, 22(3), 1-8.
- 富永美穂子, 鈴木明子, 梶山曜子, 井川佳子(2009). 中学生のレジリエンスと食生活状況との関連. *日本家政学会誌*, 60(5), 461-471.
- 鳥居勇(2007). 対象関係からみた中学生不登校とそのレジリエンスに関する研究ー一般群と不登校傾向群・不登校群との比較ー. *中京大学心理科学研究科・心理学部紀要*, 7(1), 19-28.
- 都筑学(2004). *希望の心理学* (pp. 77-100, pp202), 京都: ミルヴァ書房.
- 都筑学(2008). *優しい八つ心理学*(pp203), 京都: ミルヴァ書房.
- 上淵寿(2011). *感情と動機づけの発達心理学*(pp168), 京都: ナカニシヤ出版.
- Vinson, J.A. (2002). Children with Asthma: Initial Development of the Child Resilience Model. *Pediatric Nursing*, 28(2), 149-158.
- 若本順子(2013). 自己概念の発達:乳児期, 幼児期, 児童館, 思春期. 鹿児島純真女子大学大学院 人間科学研究科紀要, (6), 25-32.
- Walker, L. O., Avant, K.C. (2004)／中木高夫, 川崎修一訳(2008). *看護における理論構築の方法* (第1版). (p35-51), 東京: 医学書院.
- Walker, L. O., Avant, K.C. (2010). *Strategies for theory Construction in Nursing* 5th Ed, Pearson Prentice Hall.
- 渡邊朋(2011). 思春期の血液・腫瘍疾患患者の入院経過に伴うゆらぎと対処の変化. *千葉看護会誌*, 17(1), 1-7.
- 渡辺美穂, 細谷京子(2004). 血液・腫瘍疾患をもつ子どもにとっての学童期の入院体験. *日本小児看護学会誌*, 13(2), 33-39.
- Wu, L.M., Sheen, J.M., Shu, H., L., Chang, Hsiao, CC. (2012). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 158-166.
- 山口求, 光盛友美, 今村美幸, 黒杭奈留美, 室脇千里, 重松静香, … 藤原治香(2010). 乳幼児の小児看護におけるプリパレーションのレジリエンス効果. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 8(1), 13-25.

吉田敬子(2010). 私のカルテから 児童精神外来での母子 2 世代の自験例. *九州神経精神医学*, 56(2), 125-129.

吉川一枝, 瀧口京子(2002). 慢性疾患患児の思いと看護婦の関わり—成人期にいたった患児の入院体験を通して—. *日本小児看護学会誌*, 11(1), 31-36.

図1 「子どものレジリエンス」の先行要件、属性、結果

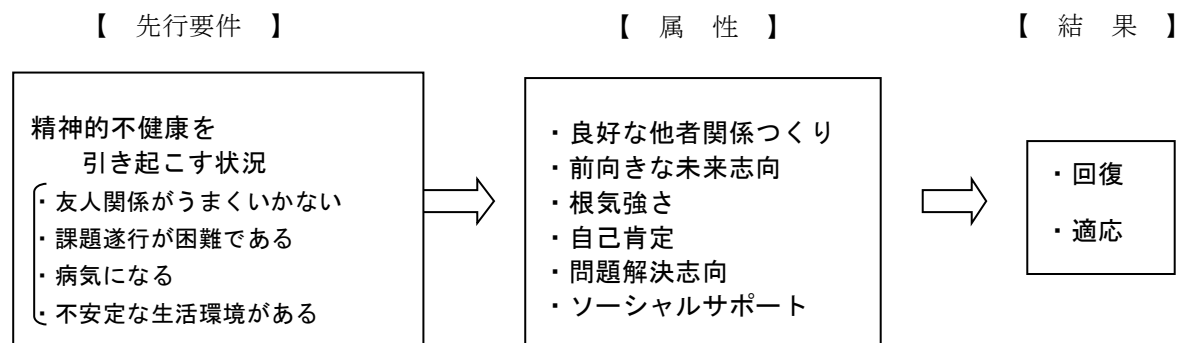


図1 「子どものレジリエンス」の先行要件・属性・結果

図2 Haase の「Adolescent Resilience Model」

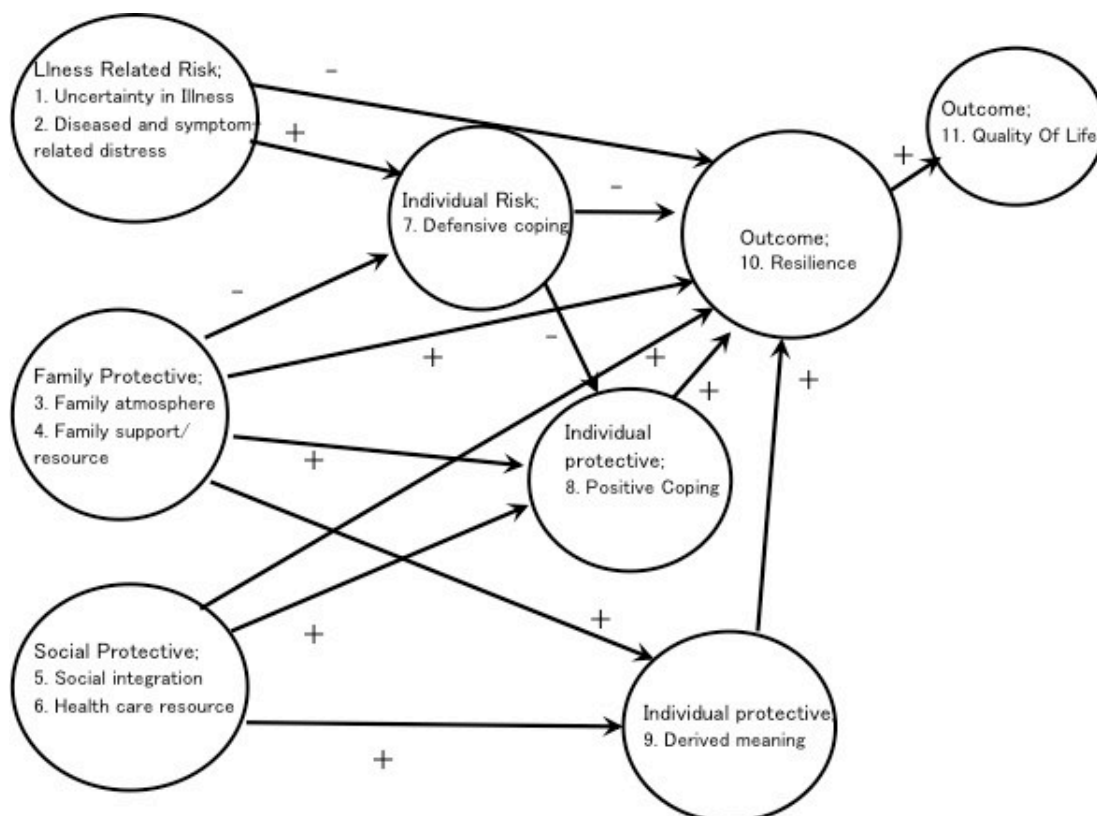


図2 Adolescent Resilience Model [出典 ; Haase (2004) より]

図3 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

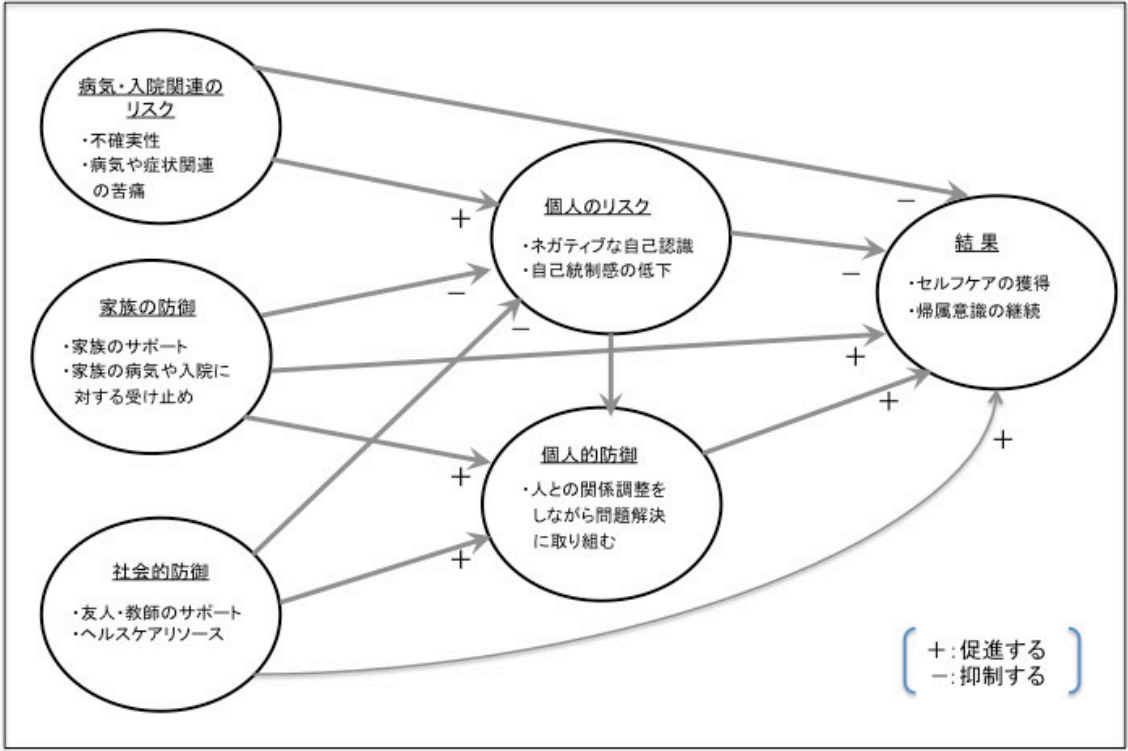


図3 「仮説・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

図 4 ケーススタディの方法

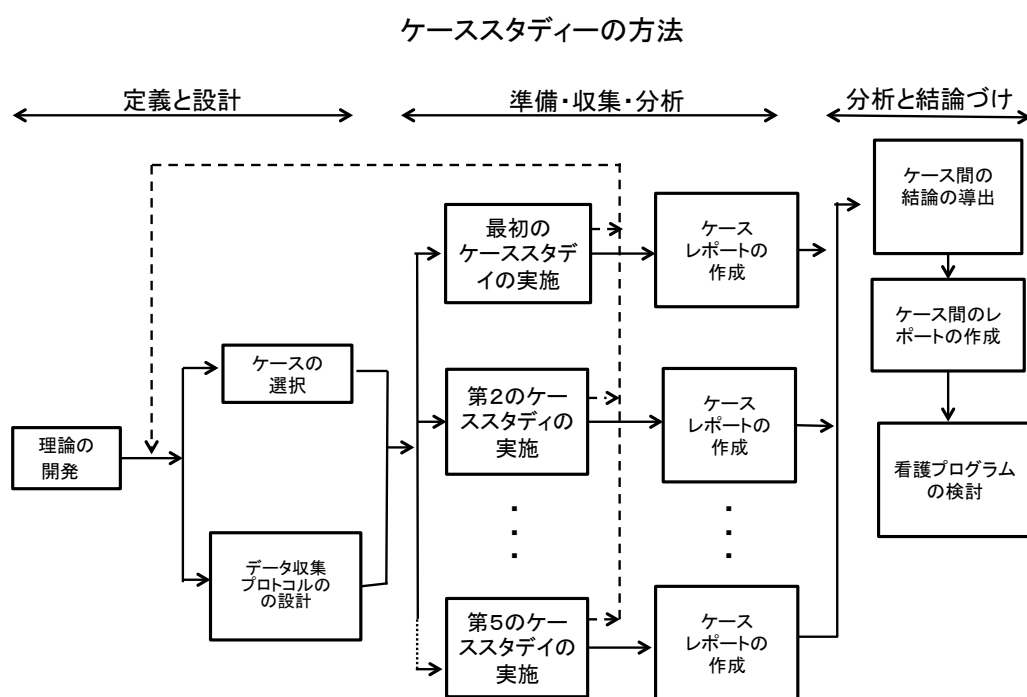


図 4 ケーススタディの方法

図5 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

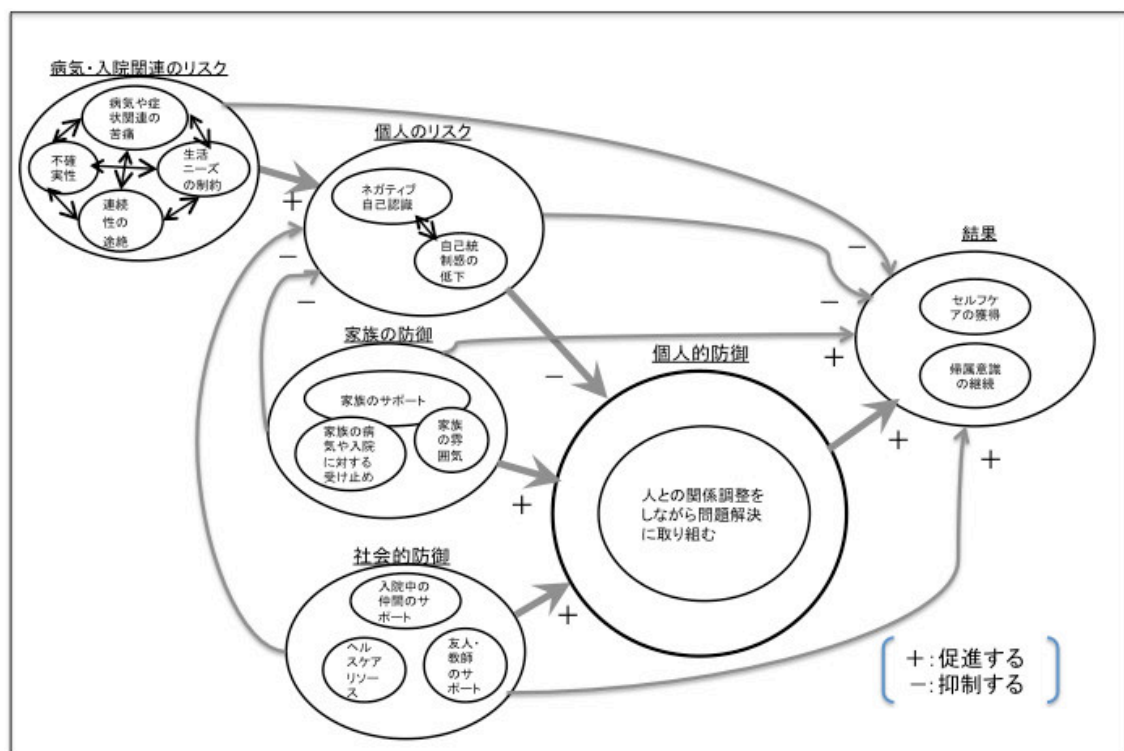


図5 「新・慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル」

表 1 家族の防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連

〈表 1〉 家族の防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連

ケース	家族の病気・入院に対する受け止め	家族のサポート	家族の雰囲気
A	個人的リスクの抑制	個人的防御の促進 結果の促進	
B	個人的リスクの抑制	個人的防御の促進 結果の促進	
C	個人的リスクの抑制 個人的防御促進	個人的リスクの抑制 個人的防御の促進	
D		個人的リスクの抑制 個人的防御の促進 結果の促進	
E	個人的防御の促進 結果(セルフケア獲得)の促進	個人的リスクの抑制 個人的防御の促進 結果の促進	個人的防御の促進

表 2 社会的防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連

〈表 2〉社会的防御要因と個人的リスク要因、個人的防御要因、結果要因との関連

ケース	友人・教師のサポート	入院中の仲間のサポート	ヘルスケアリソース
A			個人的防御の促進 結果の促進
B	個人的リスクの抑制 個人的防御促進		個人的防御の促進 結果の促進
C	個人的防御の促進 結果の継続)の促進	個人的防御の促進 結果の促進	個人的リスクの抑制 個人的防御の促進 結果の促進
D		個人的リスクの抑制 個人的防御の促進 結果の促進	個人的防御の促進 結果の促進
E	個人的リスクの抑制 個人の促進		個人的リスクの抑制 個人的防御の促進 結果の促進

〔インタビューガイド〕

○患児へのインタビュー

面接内容の順序は問わず以下の点について聞く。

患児の語りを妨げないように自由に語れるようする。

以下の内容で入院前、入院時、現在といった経時的な流れがあればその都度確認する。

- ・現在の生活の様子
- ・現在の生活についての気持ち、考え、思い
- ・病気、入院によって自分に起こったこと
- ・病気や入院についての気持ち、考え、思い
- ・家族との関係、家族に対する思い
- ・家族による支援の内容、助けになったこと、それに対する気持ち、考え、思い
- ・入院中の友人関係（入院前の友人関係、入院後の友人関係）、関わり、それに対する気持ち、考え、思い
- ・入院中の医療関係者との関係、関わり、それに対する気持ち、考え、思い
- ・医療関係者による支援の内容、助けになったこと、それに対する気持ち、考え、思い
- ・良かったこと、楽しかったこと、うれしかったこと、困った、問題だと思うこと

○患児の親へのインタビュー

面接内容の順序は問わず以下の点について聞く。

患児が入院してから現在までの状況を、患児の親の語りを妨げないように自由に語れるようする。以下の内容で、入院前から現在といった経時的な流れがあれば、その都度確認する。

- ・患児の病気や入院に対する気持ち、考え、思い
- ・病気になってから、入院してからの患児の様子（友人や医療者との関係を含む）
- ・患児との関係、関わり（病気や入院後の変化など）
- ・患児に対する家族としての支援の内容
- ・患児対して行った支援についての患児の反応、様子

○患児のプライマリナースへのインタビュー

面接内容の順序は問わず以下の点について聞く。

患児が入院してから現在までの状況を、プライマリナースの語りを妨げないように自由に語れるようする。以下の内容で、入院時から現在といった経時的な流れがあればその都度確認する。

- ・患児の生活状況（入院時から現在）
- ・提供した看護と患児の反応
- ・患児と家族の関係、患児と医療関係者（プライマリナースも含む）
- ・他の入院患児との関わりの様子
- ・提供された処置や治療とそれに対する患児の状況
- ・病気や入院についての説明内容と説明時の患児の状況

<資料 2> (研究協力をお願い文書、看護部長)

○ ○ ○ ○ 病院

看護部長／病院長 ○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

研究へのご協力をお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院している子ども達に、より良い看護を提供することを目指して研究しています。思春期にある人にとって、病気で入院することは、痛みの伴う検査や治療を受け、生活環境も大きく変わり、困難なことも多くあると思います。しかし、このような大変な中でも思春期にある人は、いろいろなことを考え学習し、工夫をしながら遊び、友人をつくり、自分の出来ることを試みたりしながら、病気の回復や退院に向けて頑張り、さらに体験を通して人としての優しさや思いやりを育んでいる人はたくさんいます。人が逆境に遭遇してもそれをうまく乗り越えていくことを「レジリエンス」といいます。

今回、私は看護に「レジリエンス」という概念を取り入れることは、慢性疾患で入院中の思春期の方々の立ち直りを支え、持てる力を十分して自分らしく生活を過ごすための支援になるだろうと考えました。さらに、退院後も一定の療養行動を求められる家庭・学校生活への適応にも繋がるのではないかと考えています。研究のテーマは「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」です。研究の目的、方法、倫理的配慮は下記に記載しております。

ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解頂き、本研究へのご協力を御願い申し上げます。研究への協力にご承諾を頂けましたら、添付しております承諾書にご署名を御願い致します。

ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス促進にむけての看護プログラムを提示する。

【研究の方法】

慢性疾患で入院している思春期患児、患児に関与している親と看護師への面接とカルテ情報から得られたデータをケーススタディ法で分析し、入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを検証する。

1. 研究デザイン

仮説検証型の複数ケーススタディリサーチを行います。

2. データ収集期間

平成 27 年 5 月から 10 月

<資料 2> (研究協力をお願い文書、看護部長)

3. データ収集の方法

面接調査とカルテ閲覧からの情報収集を行わせていただきます。

面接対象者は、患児、患児の親、患児のプライマリーナースです。

- ・患児：面接は2回、1回目は患児が入院して心身の状態が落ち着いた2から4週間が経過した頃、2回目は1回目の面接から4週間程度経過してからとしますが、それより以前に退院が決まった場合には退院時に行います。
- ・患児の親：面接は1回、患児の2回目の面接を実施した時期に行います。
- ・患児のプライマリーナース：面接は1回、患児の2回目の面接を実施した時期に行います。
- ・面接場所は、病院あるいは病棟内のプライバシーが確保できる静かな個室でおこないます。
- ・日時は、患児、患児の親、患児のプライマリーナース、其々に日時の調整をし、面接を実施致します。
- ・1回の面接時間は30分から60分程度です。
- ・面接内容はICレコーダに参加者の許可を得て録音し、簡単なメモをとらせていただきます。ICレコーダに録音許可が得られない場合には、面接中にメモを取り面接終了後、速やかに逐語録の作成を行います。患児の面接内容のICレコーダ録音については親にも許可を得ます。面接の内容は、研究者が仮説として開発した「入院中の慢性疾患思春期患児のレジリエンスモデル」を構成している要因や関連に関する事柄について、患児、親、プライマリーナースの立場からうかがうものです。
- ・カルテからの情報収集は患児の面接調査日前後に行わせていただきます。

【貴施設に研究協力としてお願いしたいこと】

1. 研究参加者の紹介をお願いします。

1) 慢性疾患で入院中の思春期患児様

下記の条件を満たしています患児2名～4名を貴病院にてご紹介頂きたいと考えております。

- ①慢性疾患で入院中の小学校高学年から中学三年生の思春期患児。
- ②慢性疾患での入院がはじめてであり1か月以上の入院を要するとされた患児。
- ③尚、本研究では面接調査を行うため、認知・言語機能に何らかの影響を受けている可能性がある脳神経系の慢性疾患患児は除くこととします。

2) 患者の親ご様、プライマリーナース様

患児の親ご様、患児のプライマリーナースのご紹介をお願いします。

2. 患児、親、プライマリーナースの皆様から研究参加への同意は、次のような方法で実施いたします。

患児、親、プライマリーナースの皆様を紹介していただきました後に、患児のお父様かお母様に患児への研究参加の承諾を頂き、患児、親、プライマリーナースの順で、研究者である私が、研究計画書と研究協力の依頼文書をもって、研究の主旨とお願いしたいことを対象者の皆様に個別にご説明致します。その後、3名の方々の同意を得た場合は、同意書を取り交わしてから研究に着手致します。3名の方々が揃って同意を得られない場合には3名の方の面接調査は行いません。

3. 研究参加者となりました患児のカルテの閲覧をさせていただきますよう御願い致します。

4. 患児や親の面接の時期におきましては、心身の安定した状態であることなどを病棟師長にご相談させていただきます。

5. 本研究では面接を行います。面接場所として、病棟あるいは病院内の個室をお借りいたします。

<資料 2> (研究協力をお願い文書、看護部長)

【倫理的配慮】

研究に参加・協力していただきました人と施設に対して、次のことを研究者として約束します。

- 1) 武蔵野大学看護学部倫理委員会および貴施設の承認を得てから開始します。
- 2) 研究参加者に研究の目的、内容、研究参加により得られる利益と不利益をわかりやすく丁寧に説明します。
- 3) 研究の参加は自由意思であることを保証し、拒否や辞退の権利を確保いたします。
- 4) 患児においては、未成年者であることから患児自身および親の同意をえます。
- 5) 患児の心身状態には気を配り、身体状態に悪影響が見られた場合は、面接を中止し、適切な対応をとります。
- 6) 患児や親ごさんからの病状や治療、看護などに関する相談には答えられないことを説明します。
研究者が医療者に相談した方がよい事柄と判断した場合は、参加者の許可を得て病棟師長に伝えます。
- 7) 得られたデータは、厳重に管理し、機密やプライバシーの保持に努めます。
- 8) 得られたデータは、本研究以外の目的での使用は致しません。
- 9) 研究参加者のプライバシーの保護のために、個人が特定させる個人・施設名・地域などの記述は避け匿名での表記とします。

この研究は、慢性疾患で入院している思春期患児の看護実践に役立てることを目的に取り組む研究で、博士論文になる研究です。

本研究の趣旨をご理解のうえ、研究へのご協力をお願い申し上げます。

○武蔵野大学大学院 宮崎史子

住所：

電話：

e-mail：

○指導教員：草場ヒフミ

電話：

e-mail：

ー研究倫理上の問題についてのお問い合わせ先ー

武蔵野大学看護学部 研究倫理委員会事務局

(武蔵野大学 医療系事務課)

住所：〒202-0023 東京都西東京市新町 1 - 1 - 20

電話：042 - 468 - 3350 (受付時間：平日 9 時～17 時)

<資料 3> 研究協力承諾書 (病院)

殿

研 究 協 力 承 諾 書

「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」について、説明文書を用いて説明を受け、目的、期間、方法について、十分に理解した上で研究に協力することを承諾します。

ただし、研究者が虚偽の説明や約束を守らないことがあった場合、施設や研究参加者にやむ得ない事由が生じた場合には、この承諾は撤回します。

年 月 日

病院名 _____

協力者氏名 _____

病院住所 _____

所属：武蔵野大学大学院 看護学研究科

研究者氏名 _____

<資料 4> 研究協力をお願い文書 (看護師長)

○ ○ ○ ○ 病院 (研究協力用、病棟師長)

病棟師長 ○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

研究へのご協力をお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院している子ども達に、より良い看護を提供することを目指して研究しています。思春期にある人にとって、病気で入院することは、痛みの伴う検査や治療を受け、生活環境も大きく変わり、困難なことも多くあると思います。しかし、このような大変な中でも、思春期にある人はいろいろなことを考え学習し、工夫をしながら遊び、友人をつくり、自分の出来ることを試みたりしながら、病気の回復や退院に向けて頑張り、さらに体験を通して人としての優しさや思いやりを育んでいる人はたくさんいます。人が逆境に遭遇してもそれをうまく乗り越えていくことを「レジリエンス」といいます。

今回、私は看護に「レジリエンス」という概念を取り入れることは、慢性疾患で入院中の思春期の方々の立ち直りを支え、持てる力を十分に発揮して自分らしく生活を過ごすための支援になるだろうと考えました。さらに、退院後も一定の療養行動を求められる家庭・学校生活への適応にも繋がるのではないかと考えています。研究のテーマは「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」です。研究の目的、方法、倫理的配慮は下記に記載しております。

ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解頂き、本研究へのご協力をお願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス促進にむけての看護プログラムを提示する。

【研究の方法】

慢性疾患で入院している思春期患児、患児に関与している親と看護師への面接とカルテ情報から得られたデータをケーススタディ法で分析し、入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを検証する。

1. 研究デザイン

仮説検証型の複数ケーススタディリサーチを行います。

2. データ収集期間

平成 27 年 5 月から 10 月

<資料 4> 研究協力をお願い文書 (看護師長)

3. データ収集の方法

面接調査とカルテ閲覧からの情報収集を行わせていただきます。

面接対象者は、患児、患児の親、患児のプライマリーナースです。

- ・患児：面接は2回、1回目は患児が入院して心身の状態が落ち着いた2から4週間が経過した頃、2回目は1回目の面接から4週間程度経過してからとしますが、それより以前に退院が決まった場合には退院時に行います。
- ・患児の親：面接は1回、患児の2回目の面接を実施した時期に行います。
- ・患児のプライマリーナース：面接は1回、患児の2回目の面接を実施した時期に行います。
- ・面接場所は、病院あるいは病棟内のプライバシーが確保できる静かな個室でおこないます。
- ・日時は、患児、患児の親、患児のプライマリーナース、其々に日時の調整をし、面接を実施致します。
- ・1回の面接時間は30分から60分程度です。
- ・面接内容はICレコーダに参加者の許可を得て録音し、簡単なメモをとらせていただきます。ICレコーダに録音許可が得られない場合には、面接中にメモを取り面接終了後、速やかに逐語録の作成を行います。患児の面接内容のICレコーダ録音については親にも許可を得ます。面接の内容は、研究者が仮説として開発した「入院中の慢性疾患思春期患児のレジリエンスモデル」を構成している要因や関連に関する事柄について、患児、親、プライマリーナースの立場からうかがうものです。
- ・カルテからの情報収集は患児の面接調査日前後に行わせていただきます。

【あなた様に研究協力としてお願いしたいこと】

1. 研究参加者の紹介をお願いします。

1) 慢性疾患で入院中の思春期患児様

下記の条件を満たしています患児2名～4名を貴病院にてご紹介頂きたいと考えております。

- ①慢性疾患で入院中の小学校高学年から中学三年生の思春期患児。
- ②慢性疾患での入院がはじめてであり1か月以上の入院を要するとされた患児。
- ③尚、本研究では面接調査を行うため、認知・言語機能に何らかの影響を受けている可能性がある脳神経系の慢性疾患患児は除くこととします。

2) 患者の親ご様、プライマリーナース様

患児の親ご様、患児のプライマリーナースのご紹介をお願いします。

2. 患児、親、プライマリーナースの皆様から研究参加への同意は、次のような方法で実施いたします。

患児、親、プライマリーナースの皆様を紹介していただきました後に、患児のお父様かお母様に患児の研究参加の承諾を頂き、患児、親、プライマリーナースの順で、研究者である私が、研究計画書と研究協力の依頼文書をもって、研究の主旨とお願いしたいことを対象者の皆様に個別にご説明致します。その後、3名の方々の同意を得た場合は、同意書を取り交わしてから研究に着手致します。3名の方々が揃って同意を得られない場合には3名の方の面接調査は行いません。

3. 研究参加者となりました患児のカルテの閲覧をさせていただきますよう御願い致します。

4. 患児や親の面接の時期におきましては、心身の安定した状態であることなどをあなた様にご相談させていただきます。

5. 本研究では面接を行います。面接場所として、病棟あるいは病院内の個室をお借りいたします。

6. 研究参加者が、研究に関するご質問がある場合のお取り次ぎや、患児が参加同意後辞退したい場合の「研究協力の断り書」の受け取りを御願い致します。

<資料 4> 研究協力をお願い文書 (看護師長)

【倫理的配慮】

研究に参加・協力していただきました人と施設に対して、次のことを研究者として約束します。

- 1) 武蔵野大学看護学部倫理委員会および貴施設の承認を得てから開始します。
- 2) 研究参加者に研究の目的、内容、研究参加により得られる利益と不利益をわかりやすく丁寧に説明します。
- 3) 研究の参加は自由意思であることを保証し、拒否や辞退の権利を確保いたします。
- 4) 患児においては、未成年者であることから患児自身および親の同意をえます。
- 5) 患児の心身状態には気を配り、身体状態に悪影響が見られた場合は、面接を中止し、適切な対応をとります。
- 6) 患児や親ごさんからの病状や治療、看護などに関する相談には答えられないことを説明します。
研究者が医療者に相談した方がよい事柄と判断した場合は、参加者の許可を得て病棟師長に伝えます。
- 7) 得られたデータは、厳重に管理し、機密やプライバシーの保持に努めます。
- 8) 得られたデータは、本研究以外の目的での使用は致しません。
- 9) 研究参加者のプライバシーの保護のために、個人が特定させる個人・施設名・地域などの記述は避け匿名での表記とします。

なお、貴施設管理者からのこの研究へのご協力のご承諾は頂いております。

この研究は、慢性疾患で入院している思春期患児の看護実践に役立てることを目的に取り組む研究で、博士論文になる研究です。

本研究の趣旨をご理解のうえ、研究へのご協力をお願い申し上げます。

○武蔵野大学大学院 宮崎史子

住所：

電話：

e-mail：

○指導教員：草場ヒフミ

電話：

e-mail：

ー研究倫理上の問題についてのお問い合わせー

武蔵野大学看護学部 研究倫理委員会事務局

(武蔵野大学 医療系事務課)

住所：〒202-0023 東京都西東京市新町1-1-20

電話：042-468-3350 (受付時間：平日9時～17時)

<資料 5> (研究協力用、主治医)

○ ○ ○ ○ 病院

主治医 ○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

研究へのご協力をお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院している子ども達に、より良い看護を提供することを目指して研究しています。思春期にある人にとって、病気で入院することは、痛みの伴う検査や治療を受け、生活環境も大きく変わり、困難なことも多くあると思います。しかし、このような大変な中でも、思春期にある人はいろいろなことを考え学習し、工夫をしながら遊び、友人をつくり、自分の出来ることを試みたりしながら、病気の回復や退院に向けて頑張り、さらに体験を通して人としての優しさや思いやりを育んでいる人はたくさんいます。人が逆境に遭遇してもそれをうまく乗り越えていくことを「レジリエンス」といいます。

今回、私は看護に「レジリエンス」という概念を取り入れることは、慢性疾患で入院中の思春期の方々の立ち直りを支え、持てる力を十分に発揮して自分らしく生活を過ごすための支援になるだろうと考えました。さらに、退院後も一定の療養行動を求められる家庭・学校生活への適応にも繋がるのではないかと考えています。研究のテーマは「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」です。研究の目的、方法、倫理的配慮は下記に記載しております。

ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解頂き、本研究へのご協力を御願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発し、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンス促進にむけての看護プログラムを提示する。

【研究の方法】

慢性疾患で入院している思春期患児、患児に関与している親と看護師への面接とカルテ情報から得られたデータをケーススタディ法で分析し、入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを検証する。

1. 研究デザイン

仮説検証型の複数ケーススタディリサーチを行います。

2. データ収集期間

平成 27 年 5 月から 10 月

3. データ収集の方法

面接調査とカルテ閲覧からの情報収集を行わせていただきます。

<資料 6> 研究参加のお願い文書 (患児)

○ ○ ○ ○ 様 (研究参加者用、患児)

年 月 日

研究への参加のお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院している子どもさんやご家族に、より良い看護を行うためにはどうしたらよいかを考えて研究しています。

病気で入院するといろいろな検査や治療があり、生活する環境も変わるため、心配したり、驚いたり、不便であったり、嫌な思いをしたことがあると思います。今まで行っていたことが出来なくなることは、悔しいことでもあります。このような大変な中でも、どうにかしようといろいろなことを考えたり、出来ることを試みたりして病気の回復や退院に向けて、がまんしたり頑張ったりしているのではないかと思います。

このように、今までに体験したことのない大変な状況においても、それを乗り越えて生きていくことを「レジリエンス」と言います。

今回、私は慢性疾患で入院している思春期の方々が、自分の持っている力を十分に発揮して、自分で乗り越えていくことを、看護師としてどのようにして手伝うことができるかを研究することにしました。研究のテーマは、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルの開発に関する研究」です。

そこで、あなたに、この研究に参加していただき、病気になって入院してからのことについてお話をお伺いしたいと思っております。

研究の目的や意味をわかっていただき、本研究への参加のご協力をお願い申し上げます。

協力してもよいと判断されましたら、添付しております同意書にご署名（しよめい）をお願い致します。

また、ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期の方々の「レジリエンス（困難を乗り越える力やその様子）」を明らかにし、病気で入院生活を送っていても、自分が持っている力を十分に発揮し、生活できるための看護について示す。

【研究の方法】

面接をおこなってお話をお聞きし、その内容をまとめて、慢性疾患で入院している思春期にある人の看護について考えることです。面接は、あなたと、あなたのご両親のどなたか一人、受け持ち（担当）看護師さんです。ご協力して頂きたいのは以下のことです。

<資料 6> 研究参加のお願い文書 (患児)

1. 面接でお話を伺うことについて

- ・お話を伺う内容は、①病気や入院、治療、生活について、あなたが考えていることや気持ち、良くなることを目指して工夫し前向きに取り組んでいること、②家族、友達、医療関係者との関係や助けられていること、などです。話したくないことについてはお話にならなくてよいです。
- ・お話をお伺いするのは2回です。2回目は、1回目の後4週間ごろですが、その前に退院が決まった時には、退院時に行わせていただきます。
- ・場所は、プライバシー守られる病棟内の個室で行います。
- ・時間は30分～60分程度です。
- ・日時、場所、時間は、あなたの都合に合わせて相談して決めます。体調がよく、治療や検査、学習などに支障がないように、病棟師長さんにも相談します。

2. 伺った内容を記録することについて

お話を正しく理解するために、ICレコーダーに録音することをお願いしますが、拒否されても構いません。またその場合には、面接中に必要時メモをとらせていただきます。

3. 医師や看護師の記録を見せていただくことについて

お話をお聞きする時期に、あなたの健康状態や行われている治療や処置について正しく知るために、医師や看護師さんの記録を見せていただきます。

- ### 4. あなたと、あなたのお父様かお母様、あなたの受け持ち(担当)看護師さんにもお話を伺います。
- あなたのことよく知っておられる方々に、あなたのことをどのように手伝い、助けようとしておられるかについて伺います。あなたの2回目の面接の時期に1回行うことを予定しています。しかし、お話をお伺いする3人の方々がそろって参加してもよいと判断されない場合は、あなたが参加してもよいと判断して下さっても、お話をお伺いすることはありません。そのような場合にはご報告します。

【以下のことをお約束させていただきます】

- ・お話をお伺いしている途中で、気分が悪くなる、疲れるなどということがありましたら、すぐに遠慮なく言ってください。お伺いすることを中止します。また必要な場合には、医師や看護師に報告して迅速に対処できるよう調整することをお約束します。
- ・研究に参加するかを決めるのはあなたの意志ですが、決める際には私以外の人に相談をしてもかまいません。
- ・研究に参加してもよいと同意しない場合でも、入院中の生活をはじめとするすべてのことで、あなたが不利益をこうむることはありません。また、一旦、参加してもよいと同意した後でも、参加を取り消すことができます。取り消す場合には、病棟師長さんやお母様やお父様にお伝えいただくか、研究協力お断り書を郵送していただければよいです。取り消しがあつたらすぐに、面接調査や医師や看護師の記録を見ることは中止し、これまでに得られた内容はすべて消してしまいます。ただし、3人の皆さんの面接がすべて終了した後は、あなたから得た内容を取り除くことはできませんが、それは匿名化(とくめいか)されていますので、あなたからお伺いした内容であると特定されることはありません。
- ・雑誌などに発表することがありますが、個人や入院している病院がわからないようにして発表します。
- ・お話を伺って、まとめたものは、あなたが知りたいとおっしゃればいつでもお見せします。
- ・お話していただいたことや個人に関する内容は、他の人に知られないようにしっかりと管理し、研究の目的以外には使用しません。

<資料 6> 研究参加のお願い文書 (患児)

- ・ IC レコーダーの内容は、紙に記述しておこした後はすぐに消去します。関係する資料は3年経過したらシュレッダーなどで処分します。
- ・ この研究は、武蔵野大学研究倫理審査（りんりしんさ）委員会での承認を受けています。
- ・ 今回のお話をお伺いしたことは、ご両親、先生、看護師さんなど誰にも話しません。しかし、病気や入院生活についてのご質問が、医師や看護師の助けが必要と判断した時には、あなたのお許しをえて、主治医やプライマリナースの方へご報告する場合があります。私は、病気のこと等については、ご質問にお答えすることはできません。
- ・ あなたにお話をお伺いすることについては、あなたのお父様かお母様にも承諾をいただきます。
- ・ この研究にご参加いただくにあたり、ご費用の負担は一切ございません。

今回、お話をお伺いすることについて、わからないことやお聞きになりたいことなどありましたら、病棟師長にご連絡下さい。病棟師長より私の方にご連絡をいただき、ご説明に伺います。

○武蔵野大学大学院 宮崎史子

住所：

電話：

e-mail：

○指導教員：草場ヒフミ

電話：

e-mail：

<資料 7> 患児の研究参加代諾のお願い文書

○ ○ ○ ○ 様（研究参加者用、患児の研究参加代諾者）

年 月 日

お子様の研究参加へのお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院しているお子様やご家族に、より良い看護を行うためにはどうしたらよいかを考え研究しています。現在、慢性疾患で入院中の思春期の方々のレジリエンス（困難を乗り越える力）を支援するために、「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」をテーマに研究を行っています。

この度、お子様に研究への参加をお願いしたいと思っております。つきましては、お子様は未成年者でありますことから、お子様に代わり親ご様でありますあなた様に、研究の趣旨ならびにお子様の研究参加についてご理解を頂き、お子様の本研究への参加にご承認をお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。なお、お子様への説明文書を添付しております。

ご承諾を頂けましたら、添付しております同意書にご署名をお願い致します。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期の子どものレジリエンス（困難を乗り越える力、その様子）を明らかにして、病気で入院生活を送っている、自分が持っている力を十分に発揮し、生活できるための看護について提示する。

【研究の方法】

お子様に面接を行ってお話をお聞きし、その内容をまとめて、慢性疾患で入院している思春期にある人の看護について明らかにすることです。面接は、お子様、ご両親のどなたか一人、お子様の受け持ち（担当）看護師さんです。お子様にご協力して頂きたいのは以下のことです。

1. お子様に面接でお話を伺うことについて

- ・お話を伺う内容は、①病気や入院、治療、生活について、お子様が考えていることや気持ち、良くなることを目指して工夫し前向きに取り組んでいること、②家族、友達、医療関係者との関係や助けられていることなどです。
- ・お子様にお話をお伺いするのは2回です。2回目は、1回目の後4週間ごろですが、その前に退院が決まった時には、退院時に行わせて頂きます。

<資料 7> 患児の研究参加代諾のお願い文書

- ・場所は、プライバシー守られる病棟内の個室で行います。
 - ・時間は 30 分～60 分程度です。
 - ・日時、場所、時間は、お子様の都合に合わせて相談して決めます。体調、治療や検査、学習などに支障がないように、病棟師長さんにも相談します。
2. お子様から伺った内容を記録することについて
お話を正しく理解するために、IC レコーダーに録音することをお願いしますが、拒否されても構いません。またその場合には、面接中に必要時メモをとらせて頂きます。
 3. 医師や看護師の記録を見せて頂くことについて
お話をお聞きする時期に、お子様の健康状態や行われている治療や処置について正しく知るために、医師や看護師さんの記録を見せていただきます。
 4. 面接は、お子様、ご両親のどなたか一人、お子様の受け持ち（担当）看護師さんを予定していますが、お話をお伺いする 3 人の方々がそろって参加してもよいと判断し同意されない場合は、お子様にお話をお伺いすることは実施致しません。

【以下のことをお約束させていただきます】

- ・本研究は武蔵野大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を受けております。
- ・お子様の研究参加の承諾のご判断は、あなた様の自由意志ですが、決める際には私以外の他の方にご相談されて構いません。
- ・あなた様がお子様の研究参加に承諾しない場合でも、あなた様やお子様が、何らかの不利益をこうむることはありません。
- ・お子様が研究参加への同意の判断をする際は、お子様の自由意思であることを保証し、お子様の拒否や辞退の権利を確保致します。
- ・お子様にお話をお伺いしている途中で、気分が悪くなる、疲れるなどということがありましたら、直ちにお伺いすることを中止します。また必要な場合には、医師や看護師に報告して迅速に対処できるよう調整することをお約束します。
- ・お子様がお話して下さいました内容や個人の情報は厳重に管理し、研究の目的以外には一切使用致しません。録音した音声データは研究者以外が聞くことはありません。IC レコーダーの音声データは、逐語録におこした後、直ちに消去します。関係する資料は 3 年経過後、直ちに破棄します。逐語録、メモなどのデータは、研究者と指導教員以外は見ることはありません。
- ・研究結果は、学内の発表会、学会や出版物などで発表することがありますが、個人や施設が特定できないように致します。
- ・研究結果としてまとめたものは、ご希望があった際には、お渡し致します。
- ・この研究にお子様のご協力して下さいにあたり、ご費用の負担は一切ございません。

<資料 7> 患児の研究参加代諾のお願い文書

——— お子様への研究参加への御願いについての説明文書 ———

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期の方々の「レジリエンス（困難を乗り越える力やその様子）」を明らかにし、病気で入院生活を送っていても、自分が持っている力を十分に発揮し、生活できるための看護について示す。

【研究の方法】

面接をおこなってお話をお聞きし、その内容をまとめて、慢性疾患で入院している思春期にある人の看護について考えることです。面接は、あなたと、あなたのご両親のどなたか一人、受け持ち（担当）看護師さんです。ご協力して頂きたいのは以下のことです。

1. 面接でお話を伺うことについて

- ・お話を伺う内容は、①病気や入院、治療、生活について、あなたが考えていることや気持ち、良くなることを目指して工夫し前向きに取り組んでいること、②家族、友達、医療関係者との関係や助けられていること、などです。話したくないことについてはお話にならなくてよいです。
- ・お話をお伺いするのは2回です。2回目は、1回目の後4週間ごろですが、その前に退院が決まった時には、退院時に行わせていただきます。
- ・場所は、プライバシー守られる病棟内の個室で行います。
- ・時間は30分～60分程度です。
- ・日時、場所、時間は、あなたの都合に合わせて相談して決めます。体調がよく、治療や検査、学習などに支障がないように、病棟師長さんにも相談します。

2. 伺った内容を記録することについて

お話を正しく理解するために、ICレコーダーに録音することをお願いしますが、拒否されても構いません。またその場合には、面接中に必要時メモをとらせていただきます。

3. 医師や看護師の記録を見せていただくことについて

お話をお聞きする時期に、あなたの健康状態や行われている治療や処置について正しく知るために、医師や看護師さんの記録を見せていただきます。

- #### 4. あなたと、あなたのお父様かお母様、あなたの受け持ち（担当）看護師さんにもお話を伺います。
- あなたのことよく知っておられる方々に、あなたのことをどのように手伝い、助けようとしておられるかについて伺います。あなたの2回目の面接の時期に1回行うことを予定しています。しかし、お話をお伺いする3人の方々がそろって参加してもよいと判断されない場合は、あなたが参加してもよいと判断して下さっても、お話をお伺いすることはありません。そのような場合にはご報告します。

【以下のことをお約束させていただきます】

- ・お話をお伺いしている途中で、気分が悪くなる、疲れるなどということがありましたら、すぐに遠慮なく言ってください。お伺いすることを中止します。また必要な場合には、医師や看護師に報告して迅速に対処できるよう調整することをお約束します。
- ・研究に参加するかを決めるのはあなたの意志ですが、決める際には私以外の人に相談をしてもかまいません。
- ・研究に参加してもよいと同意しない場合でも、入院中の生活をはじめとするすべてのことで、あなたが不利益をこうむることはありません。また、一旦、参加してもよいと同意した後でも、参加を取り消すことができます。取り消す場合には、病棟師長さんやお母様やお父様にお伝えいた

<資料 7> 患児の研究参加代諾のお願い文書

くか、研究協力お断り書を郵送していただければよいです。取り消しがあつたらすぐに、面接調査や医師や看護師の記録を見ることは中止し、これまでに得られた内容はすべて消してしまいます。ただし、3人の皆さんの面接がすべて終了した後は、あなたから得た内容を取り除くことはできませんが、それは匿名化（とくめいか）されていますので、あなたからお伺いした内容であると特定されることはありません。

- ・雑誌などに発表することがありますが、個人や入院している病院がわからないようにして発表します。
- ・お話を伺って、まとめたものは、あなたが知りたいとおっしゃればいつでもお見せします。
- ・お話していただいたことや個人に関する内容は、他の人に知られないようにしっかりと管理し、研究の目的以外には使用しません。
- ・ICレコーダーの内容は、紙に記述しておこした後はすぐに消去します。関係する資料は3年経過したらシュレッダーなどで処分します。
- ・この研究は、武蔵野大学研究倫理審査（りんりしんさ）委員会での承認を受けています。
- ・今回のお話をお伺いしたことは、ご両親、先生、看護師さんなど誰にも話しません。しかし、病気や入院生活についてのご質問が、医師や看護師の助けが必要と判断した時には、あなたのお許しをえて、主治医やプライマリナースの方へご報告する場合があります。私は、病気のこと等については、ご質問にお答えすることはできません。
- ・あなたにお話をお伺いすることについては、あなたのお父様かお母様にも承諾をいただきます。
- ・この研究にご参加いただくにあたり、ご費用の負担は一切ございません。

今回、お話をお伺いすることについて、わからないことやお聞きになりたいことなどありましたら、病棟師長にご連絡下さい。病棟師長より私の方にご連絡をいただき、ご説明に伺います。

本研究に関して疑問やご質問などございましたら、下記までお問い合わせ下さい。いつでもお答え致します。

○武蔵野大学大学院 宮崎史子

住所：

電話：

e-mail：

○指導教員：草場ヒフミ

電話：

e-mail：

ー研究倫理上の問題についてのお問い合わせ先ー

武蔵野大学看護学部 研究倫理委員会事務局

（武蔵野大学 医療系事務課）

住所：〒202-0023 東京都西東京市新町1-1-20

電話：042-468-3350（受付時間：平日9時～17時）

<資料 8> 研究参加同意書 (患儿)

さま

研究参加^{どう い しょ}同意書

「慢^{まん}性^{せい}疾^{しつかん}患^{かん}で入院中の思^し春^{しゅん}期^き患^{かん}児^じのレジリエンスモデル開発に関する研究」について、説明文書を用いて説明を受け、目的、期間、方法について、十分に理解した上で研究に参加することに^{どうい}同意します。

※ ^{どうい}同意するとは、同じ考えや意見をもっていることを表し示すこと。

年 月 日

参加者氏名 _____

所属：武蔵野大学大学院 看護学研究科

研究者氏名 _____

<資料 9> 研究参加断り書 (患儿)

研究協力^{ことわ}断り書

私は「慢性疾患で入院中の思春期患儿のレジリエンスモデル開発に関する研究」の研究について、研究協力に同意しましたが、この度、協力を中止することにしましたので、通知します。

日付：年 月 日

研究参加者氏名（署名）：_____

※お断り^{ことわ}になるときは、「研究協力^{ことわ}の断り書」を、病棟師長さんにお渡しいただくか、研究者宮崎までご郵送下さいますようお願いいたします。それ以降は、こちらからご連絡を差し上げることはありません。

武蔵野大学大学院 看護学研究科
指導教員：武蔵野大学 小児看護学教授

宮崎 史子
草場 ヒフミ

住所：
e-mail：

<資料 10> 研究参加者のお願い文書 (患児の親)

○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

研究へのご参加のお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院しているお子様やご家族に、より良い看護を行うためにはどうしたらよいかを考え研究しています。

この度は、お子様が病気で入院し、検査や治療を受け、生活環境も大きく変わりご心配な事も多くあると思います。しかし、このような大変な中でも、お子様はどうにか自分らしく生活を送っていかうと、いろいろなことを考え工夫し、自分の出来ることを試みたりしながら、病気の回復や退院に向けて、我慢したり頑張ったりしているのではないかと思います。人が大変な状況においてもそれを乗り越えて生きていくことを「レジリエンス」と言います。

今回、私は慢性疾患で入院している思春期の方々が、自分の持っている力を十分に発揮して自分らしく生活できるためのよりよい看護について明らかにしようと考えております。研究のテーマは「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」です。

そこで、あなた様には親の立場から、本研究にご参加をお願いしたいと思っています。

研究の趣旨をご理解頂き、本研究への参加のご協力を御願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

協力してもよいと判断されましたら、添付しております同意書にご署名をお願い致します。

【研究の目的】

慢性疾患で入院中の思春期の子どものレジリエンス（困難を乗り越える力、その様子）を明らかにして、病気で入院生活を送っていても、自分が持っている力を十分に発揮し、生活できるための看護について提示する。

【研究の方法】

面接を行ってお話をお聞きし、その内容をまとめて、慢性疾患で入院している思春期にある人の看護について明らかにすることです。面接は、あなた様と、お子様、お子様の受け持ち（担当）看護師さんです。ご協力して頂きたいのは以下のことです。

1. お話をお伺うことについて

- ・お伺いする内容は、お子様にご家族として支援したことやその時のお子様のご様子、お子様との関わりをもつ中でのお子様への思い、お子様の病気や入院生活において見守り、助けておられることなどです。話したくないことについてはお話にならなくて構いません。
- ・お話をお伺いするのは1回です。お子様の2回目にお話をお伺いする時期に予定しています。
- ・場所は、病院内の静かなプライバシーが守られる個室で行います。
- ・時間は、30分～60分程度です。
- ・日時、場所、時間は、ご相談の上、日時を決めさせていただきますが、お子様のご面会の機会などをご利用できればと思います。

<資料 10> 研究参加者のお願い文書 (患児の親)

2. 伺った内容を記録することについて

伺った内容については、正しくお話を理解するために、IC レコーダーに録音させて頂くことをお願い致しますが、拒否されても構いません。またその場合には、正確に把握するために、必要時メモをとらせて頂きます。

3. 今回お話をお伺いするのは、あなた様、お子様、お子様のプライマリナースを予定しています。しかし、お話をお伺いする3人の方々がそろって参加してもよいと判断し同意されない場合は、今回のお話をお伺いすることは実施致しません。

【以下のことをお約束させていただきます】

- ・本研究は武蔵野大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を受けております。
- ・研究に参加のご判断は、あなた様の自由意志ですが、決める際には私以外の他の方にご相談されて構いません。
- ・研究の参加に同意しない場合でも、あなた様やお子様、何らかの不利益をこうむることはありません。また、一旦、参加に同意して頂いた後でも参加を辞退することができます。その場合には、面接調査やカルテからの情報集は中止し、これまでに得たデータは破棄致します。ただし3人の方の面接がすべて終了した後は、分析の関係から遡ってデータを特定して取り除くことはできませんが、データは匿名化されていますのであなた様から得たデータであると、個人が特定されることはありません。辞退する場合は、直接、研究者あるいは病棟師長にお伝え頂くか、研究協力お断り書を郵送していただきますようお願いいたします。
- ・お話していただいた内容や個人の情報は厳重に管理し、研究の目的以外には一切使用致しません。録音した音声データは研究者以外が聞くことはありません。IC レコーダーの音声データは、逐語録におこした後、直ちに消去します。関係する資料は3年経過後、直ちに破棄します。逐語録、メモなどのデータは、研究者と指導教員以外は見ることはありません。
- ・研究結果は、学内の発表会、学会や出版物などで発表することがありますが、個人や施設が特定できないように致します。
- ・あなた様の分析結果は、お申し出によりいつでもご提示致します。
- ・研究結果としてまとめたものは、ご希望があった際には、お渡し致します。
- ・この研究にご協力いただくにあたり、ご費用の負担は一切ございません。

本研究に関して疑問やご質問などございましたら下記までお問い合わせください。いつでもお答えします。

研究者：宮崎史子

連絡先：

電話：

e-mail：

指導教員：小児看護学 教授 草場ヒフミ

連絡先：

e-mail：

ー研究倫理上の問題についてのお問い合わせ先ー

武蔵野大学看護学部 研究倫理委員会事務局 (武蔵野大学 医療系事務課)

住所：〒202-0023 東京都西東京市新町1-1-20

電話：042-468-3350 (受付時間：平日9時～17時)

<資料 11> 研究参加のお願い文書 (患児のプライマリーナース)

○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

研究へのご参加のお願い

武蔵野大学大学院看護学研究科 看護学専攻
宮崎史子

時下、益々ご清祥の段、お喜び申し上げます。

私は、武蔵野大学大学院看護学研究科で小児看護を学んでいる宮崎史子と申します。

病気で入院している子ども達に、より良い看護を提供することを目指して研究しています。思春期にある人にとって、病気で入院することは、痛みの伴う検査や治療を受け、生活環境も大きく変わり、困難なことも多くあると思います。しかし、このような大変な中でも、思春期にある人は様々なことを考え学習し、工夫をしながら遊び、友人をつくり、自分の出来ることを試みたりしながら、病気の回復や退院に向けて頑張り、さらに体験を通して人としての優しさや思いやりを育てている人はたくさんいます。人が逆境に遭遇してもそれをうまく乗り越えていくことを「レジリエンス」といいます。

今回、私は看護に「レジリエンス」という概念を取り入れることは、慢性疾患で入院中の思春期の方々の立ち直りを支え、持てる力を十分して自分らしく生活を過ごすための支援になるだろうと考えました。さらに、退院後も一定の療養行動を求められる家庭・学校生活への適応にも繋がるのではないかと考えています。研究のテーマは「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」です。

そこで、あなた様には患児のプライマリーナースの立場から、本研究のご参加をお願いしたいと思っています。

研究の趣旨をご理解頂き、本研究への参加のご協力を御願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

協力してもよいと判断されましたら、添付しております同意書にご署名をお願い致します。

【研究の目的】

本研究の目的は、慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを開発、検証し、看護プログラムを提示することです。

【研究の方法】

慢性疾患で入院している思春期にある人と、その人に関与している親と看護師への面接とカルテ情報をケーススタディ法で分析し入院中の思春期患児のレジリエンスモデルを検証することです。面接は、あなた様と、患児、患児のご両親のどなたか一人に実施させていただきます。ご協力して頂きたいのは以下のことです。

1. 面接でお話を伺うことについて

- ・お伺いする内容は、入院中の患児の生活の様子、病気や治療への反応や向き合い方、医療者や他の入院患児との関係、看護師としての関わりや考え等です。尚、話したくないことについてはお話にならなくて構いません。
- ・お話を伺うのは1回で、患児の2回目の面接の時期に予定しています。
- ・場所は、病院内の静かなプライバシーが守られる個室で行います。
- ・時間は、30分～60分程度です。
- ・日時、場所、時間は、ご相談の上、日時を決めさせていただきますが、業務に支障をきたすことがな

<資料 11> 研究参加のお願い文書 (患児のプライマリーナース)

いように致します。

2. 伺った内容を記録することについて

伺った内容については、正しくお話を理解するために、IC レコーダーに録音させて頂くことをお願い致しますが、拒否されても構いません。またその場合は、正確に把握するために、必要時メモをとらせて頂きます。

3. 今回お話をお伺いするのは、患児のプライマリーナース、患児、患児のご両親のどなたかを予定しています。しかし、お話をお伺いする3人の方々がそろって参加してもよいと判断し同意されない場合は、今回のお話をお伺いすることは実施致しません。

【以下のことをお約束させていただきます】

- ・本研究は武蔵野大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を受けております。
- ・研究に参加のご判断は、あなた様の自由意志ですが、決める際には私以外の他の方にご相談されて構いません。
- ・研究に参加に同意しない場合でも、仕事上何らかの不利益をこうむることはありません。また、一旦、参加に同意して頂いた後でも参加を辞退することができます。その場合には、面接調査やカルテからの情報集は中止し、これまでに得たデータは破棄致します。ただし3人の方の面接がすべて終了した後は、分析の関係から遡ってデータを特定して取り除くことはできませんが、データは匿名化されていますのであなた様から得たデータであると、個人が特定されることはありません。辞退する場合は、直接、研究者あるいは病棟師長にお伝え頂くか、研究協力お断り書を郵送していただきますようお願いいたします。
- ・お話していただいた内容や個人の情報は厳重に管理し、研究の目的以外には一切使用致しません。録音した音声データは研究者以外が聞くことはありません。IC レコーダーの音声データは、逐語録におこした後、直ちに消去します。関係する資料は3年経過後、直ちに破棄します。逐語録、メモなどのデータは、研究者と指導教員以外は見ることはありません。
- ・研究結果は、学内の発表会、学会や出版物などで発表することがありますが、個人や施設が特定できないように致します。
- ・あなた様の分析結果は、申し出によりいつでもご提示致します。
- ・研究結果としてまとめたものは、ご希望があった際には、お渡し致します。
- ・この研究にご協力いただくにあたり、ご費用の負担は一切ございません。

本研究に関して疑問やご質問などございましたら下記までお問い合わせください。いつでもお答えします。

研究者：宮崎史子

連絡先：

電話：

e-mail：

指導教員：小児看護学 教授 草場ヒフミ

連絡先：

e-mail：

ー研究倫理上の問題についてのお問い合わせ先ー

武蔵野大学看護学部 研究倫理委員会事務局 (武蔵野大学 医療系事務課)

住所：〒202-0023 東京都西東京市新町1-1-20

電話：042-468-3350 (受付時間：平日9時～17時)

<資料 12> 研究参加同意書 (患児の親、プライマリーナース)

殿

研 究 参 加 同 意 書

「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」について、説明文書を用いて説明を受け、目的、期間、方法について、十分に理解した上で研究に参加することに同意します。

年 月 日

参加者氏名 _____

所属：武蔵野大学大学院 看護学研究科

研究者氏名 _____

<資料 13> 研究参加断り書 (患児の親 プライマリーナース)

研 究 協 力 断 り 書

私は「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」の研究について、研究協力に同意しましたが、この度、協力を中止することにしましたので、通知します。

日付：年 月 日

研究参加者氏名（署名）：_____

※お断りになる際は、「研究協力の断り書」を研究者宮崎まで、ご郵送下さいますようお願い致します。それ以降は、こちらからご連絡を差し上げることはありません。

武蔵野大学大学院 看護学研究科 宮崎 史子
指導教員：武蔵野大学 小児看護学教授 草場 ヒフミ

住所：
e-mail：

<資料 14> 患児の研究参加の同意書 (代諾者)

殿

研究参加同意書 (代諾者の方)

「慢性疾患で入院中の思春期患児のレジリエンスモデル開発に関する研究」への子どもの研究参加について、説明文書を用いて説明を受け、子どもの研究参加について十分に理解した上で、子どもが研究に参加することに同意します。

ただし、子どもの研究参加同意が得られない場合、研究者が虚偽の説明や約束を守らないことがあった場合、子どもの研究参加に途中辞退があった場合や子どもにやむを得ない事由が生じた場合には、この同意は撤回します。

年 月 日

研究参加患児氏名 _____

代諾者氏名 _____

(続柄: _____)

所属: 武蔵野大学大学院 看護学研究科

研究者氏名 _____